



Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

2008-2013

***Intervenção Farmacêutica em Patologias Digestivas
com Indicação Terapêutica de Medicamentos Não
Sujeitos a Receita Médica***

André Gonçalo Mendes

Orientadora: Professora Maria Manuela Teixeira

Lisboa 2013

***Intervenção Farmacêutica em Patologias Digestivas
com Indicação Terapêutica de Medicamentos Não
Sujeitos a Receita Médica***

Por

André Gonçalo Mendes



**Candidatura ao grau de Mestre
apresentada à Universidade
Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

Dezembro 2013

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora Professora Maria Manuela Teixeira por todo o apoio e dedicação demonstrada e pelos seus conhecimentos e experiência profissional, os quais foram, fundamentais para o meu trabalho desenvolvido.

Aos meus Professores que me acompanharam durante este percurso académico.

Aos meus amigos e colegas por todo este percurso árduo, mas muito gratificante, que me ajudaram a evoluir a nível profissional e pessoal.

À minha namorada pelo apoio prestado em todos os momentos.

Por fim, à minha família que tornou possível a realização deste curso e que me apoiou em todos os momentos, em especial à minha Mãe, a pessoa de quem mais me orgulho em toda a minha vida.

Resumo

Cada vez mais o dia a dia do indivíduo é um stress constante, não tendo normalmente tempo para realizar de forma adequada e correcta os seus hábitos diários. Por vezes, essa falta de rotina diária, nomeadamente nas mudanças horárias constantes para efectuar as refeições, a fraca qualidade de alimentos que ingere, a escassez de líquidos, bem como a diminuta reserva de tempo para realizar as suas necessidades fisiológicas, leva a que perturbações digestivas se desenvolvam e ocorram.

No surgimento de tais perturbações, maioritariamente, o indivíduo afectado desloca-se a uma farmácia com o objectivo de lhe resolver o problema em questão.

Cabe assim, ao farmacêutico avaliar e indicar qual será a melhor opção para os sinais e sintomas que cada utente poderá apresentar.

Desta forma, o farmacêutico irá seguir os vários passos que um correcto atendimento perante o utente deverá conter, colocando diversas questões a este com o intuito de averiguar e assegurar qual a patologia que poderá estar iminente, bem como certificar-se que a indicação farmacêutica e a respectiva dispensa, será a mais correcta para tal situação.

As várias etapas em que o farmacêutico se rege, encontram-se normalmente em protocolos de intervenção farmacêutica, indicando todos os aspectos a ter em conta em cada patologia, as medidas não farmacológicas e farmacológicas e os aspectos aquando de referenciação ao médico.

Direccionado através de todos estes tópicos, o farmacêutico irá realizar a indicação terapêutica mais adequada a cada situação, melhorando o estado patológico do utente.

Pretende-se com esta revisão bibliográfica demonstrar como o farmacêutico deverá actuar perante o utente, proporcionar um maior conhecimento e entendimento de algumas perturbações digestivas, de forma a que a informação prestada ao doente seja a mais correcta, e demonstrar ao farmacêutico quais as opções terapêuticas de não prescrição médica disponíveis na sua farmácia, de modo a encontrar e indicar a melhor solução para cada situação específica.

Palavras-chave: perturbações digestivas, intervenção farmacêutica, protocolos.

Abstract

Man's daily lifestyle is getting more and more stressing, which prevents him from having correct daily habits. Sometimes, that lack of daily routine, particularly as far as meals constant schedule changes are concerned, also the poor quality of food you eat, shortage of liquids, as well as little time available for one's physiological needs, all this undoubtedly makes digestive disorders develop and occur.

When such disorders happen, the patient usually goes to a pharmacy, looking forward to solving the existing problem.

So, it's the pharmacist's duty to evaluate and indicate the patient the best option for the symptoms he may have.

Thus, the pharmacist is expected to follow strictly the various steps a correct attendance requires, asking the patient several questions in order to ensure the pathology that may be about to occur and to make sure that the pharmacist's prescription may, in fact, be the right one for the situation.

The various stages the pharmacist usually follows are based on and can be found in pharmaceutical intervention protocols indicating every detail that must be taken into account in each pathology, non-pharmacological and pharmacological measures and in case of medical attendance, the aspects that must be considered.

Only after having taken all these topics into account, will the pharmacist decide about the most adequate and correct prescription for each situation, this way making the patient's health condition improve.

This bibliographical study aims at showing how the pharmacist should act before the patient, enabling a greater and broader knowledge and understanding on some digestive disorders in such a way that the patient can be provided with the most accurate information and make the pharmacist become aware of every existing therapeutic option available in the pharmacy, other than medical prescriptions in order to find the best solution to each particular situation.

Keywords: digestive disorders, pharmaceutical intervention, protocols.

Índice

1.Lista de Abreviaturas e Acrónimos.....	10
2.Introdução.....	11
3.Automedicação e o Papel do Farmacêutico na Indicação Farmacêutica.....	12
4.Perturbações Digestivas.....	14
4.1.Dispêpsia.....	15
4.2.Diarreia.....	17
4.3.Flatulência.....	20
4.4.Obstipação.....	22
4.5.Pirose.....	25
5.Farmacoterapia.....	27
5.1.Dispêpsia.....	27
5.2.Diarreia.....	28
5.2.1. Diarreia do viajante.....	28
5.2.2. Reposição electrolítica	28
5.3.Flatulência.....	28
5.4.Obstipação.....	29
5.4.1. Laxantes de contacto.....	29
5.4.2. Laxantes emolientes.....	29
5.4.3. Laxantes expansores do volume fecal.....	30
5.4.4. Laxantes osmóticos.....	30
5.4.5. Antraquinonas.....	31

5.5. Pirose.....	31
6. Mecanismos de acção.....	32
6.1. Antiácidos.....	32
6.2. Modificadores da Secreção Gástrica.....	32
6.2.1. Inibidores da Bomba de Protões.....	32
6.2.2. Antagonistas dos receptores H ₂	33
6.2.3. Protectores da Mucosa Gástrica.....	33
6.3. Modificadores da Motilidade Intestinal e Inibidores da Secreção Intestinal.....	33
6.3.1. Laxantes e Catárticos.....	33
6.3.1.1. Laxantes salinos.....	33
6.3.1.2. Laxantes de contacto ou estimulantes.....	34
6.3.1.3. Laxantes expansores do volume fecal.....	34
6.3.1.4. Laxantes emolientes.....	34
6.3.1.5. Laxantes osmóticos.....	34
6.3.1.6. Antraquinonas.....	35
6.3.2. Antidiarreicos.....	35
6.3.2.1. Adsorventes.....	35
6.3.2.2. Anticolinérgicos.....	35
6.3.2.3. Obstipantes.....	36
6.3.2.4. Antiflatulentos.....	36
7. Medidas Não Farmacológicas.....	37
7.1. Dispépsia.....	37
7.2. Diarreia na criança.....	37

7.3. Diarreia no adulto.....	37
7.4. Diarreia do viajante.....	37
7.5. Obstipação.....	38
7.6. Pirose.....	38
8.Cuidados Nutricionais.....	39
9.Protocolos de Indicação Farmacêutica.....	42
9.1. Protocolo Geral de Indicação Farmacêutica em Perturbações Digestivas.....	42
9.2. Intervenção na Obstipação.....	43
9.2.1. Objectivos.....	43
9.2.2. População.....	43
9.2.3. Materiais.....	43
9.2.4. Método.....	43
9.2.5. Fluxograma Indicação Farmacêutica na Obstipação.....	46
9.3. Fluxograma de um Caso Clínico de Obstipação.....	47
9.4. Processo de Implementação do Protocolo de Intervenção Farmacêutica em Obstipação numa Farmácia Comunitária	48
10.Conclusão e Perspectivas Futuras.....	49
11.Bibliografia.....	51
Anexos.....	59
Anexo I - Folheto Informativo de Obstipação.....	60

1. Lista de Abreviaturas e Acrónimos

CP- Comprimido

CAPS- Cápsula

DDM- Dose diária máxima

DV - Diarreia do viajante

E.U.A. - Estados Unidos da América

GI- Gastrointestinal

INFARMED- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.

LOP- Loperamida

MNF - Medidas Não Farmacológicas

MNSRM - Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

SIM- Simeticone

2. Introdução

Com a realização desta monografia pretende-se avaliar de forma correcta sintomas de patologias com medicamentos que não necessitem de receita médica, mais propriamente em determinadas perturbações digestivas, de forma a que a indicação e o aconselhamento farmacêutico se encontre presente no acto farmacêutico e que o mesmo seja efectuado o mais correctamente possível.

É de salientar que a Ordem dos Farmacêuticos tem vindo ao longo dos anos a elaborar alguns protocolos de automedicação, nomeadamente ao nível da intervenção na febre e na contracepção de emergência. O objectivo de tais protocolos é o de proporcionar um maior conhecimento a todos os profissionais de saúde, sobre determinada patologias sendo gratificante e enriquecedor para o farmacêutico na melhoria da dispensa e indicação farmacêutica perante o utente, este beneficiará com esta informação prestada bem como a compreensão de uma possível patologia que poderá afectar o próprio.

No actual sistema de saúde, o papel que o farmacêutico representa na sociedade, encontra-se cada vez mais destacado, sendo um dos profissionais de saúde mais requisitados por parte dos utentes. Como é do conhecimento geral a farmácia é normalmente a primeira opção por parte dos utentes, quando algo afecta o seu estado de saúde, maioritariamente pela confiança que este deposita no farmacêutico e que o mesmo transmite ao utente. De referir ainda que devido à conjuntura do país e ao preço elevado das taxas moderadoras, tem levado muitos dos utentes a deslocarem-se primariamente à farmácia comunitária em vez da habitual ida ao centro de saúde. Por conseguinte, é importantíssimo que a indicação, o aconselhamento e a prestação de cuidados de saúde por parte do farmacêutico seja realizado de forma eficaz, correcta e satisfatoriamente. Por outro lado, a formação e o estudo permanente que o farmacêutico efectua, implícita na sua ética profissional, trata-se sempre de uma mais valia para o carácter pessoal e profissional do farmacêutico, sendo também uma mais valia para o utente, na consideração que o mesmo irá beneficiar de uma maior e melhor comunicação, informação e indicação mais correctas, por parte deste profissional de saúde.

Um dos aconselhamentos mais requisitados por parte dos utentes ao farmacêutico, incide nas perturbações do foro digestivo, sendo uma das áreas em que o farmacêutico tem várias opções terapêuticas disponíveis, sobretudo medicamentos não sujeitos a receita médica, que podem auxiliar o tratamento destas patologias.

Ao longo da presente monografia, abordar-se-á a automedicação e o papel do farmacêutico na indicação farmacêutica, cuidados farmacêuticos, as várias patologias incluídas nas perturbações digestivas, como também a farmacoterapia inerente a tal e os mecanismos de acção correspondentes, medidas não farmacológicas a adoptar, cuidados nutricionais e protocolos de intervenção farmacêutica.

3. Automedicação e o Papel do Farmacêutico na Indicação Farmacêutica

Cada vez mais a automedicação é uma realidade presente na sociedade actual.

De facto, esta permite uma maior autonomia das populações na gestão da sua saúde, porém nem sempre da forma mais correcta^{[1] [29]}

Mas o que se entende por automedicação? Segundo o INFARMED (2010) «A automedicação é a utilização de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde»^[30]

Na década de 90, quando a automedicação surgiu, os profissionais de saúde temeram pelo seu uso indiscriminado e não consciente, os quais não se demonstraram favoráveis a tal iniciativa.^[1] Contudo, hoje em dia, este assunto é uma realidade devido à legislação em vigor e ao crescimento de espaços de saúde que vendem medicamentos não sujeitos a receita médica. E é relativamente a este assunto de venda de MNSRM, em vários e distintos espaços de saúde, que a "batalha" e o debate do papel do farmacêutico ainda persistem.

É do conhecimento geral que, na maioria dos casos, as pessoas que se encontram ao balcão dos espaços de saúde não possuem qualquer tipo de experiência ou estudo no âmbito das ciências farmacêuticas ou de farmácia, não sendo por isso, nem farmacêutico, nem técnico de farmácia. O que nos leva a questionar se o utente a quem está a ser dispensado o MNSRM, está a ser correctamente atendido e se a prestação de cuidados e a indicação estará a ser a mais adequada e correcta.

Para todos os efeitos, é aqui que o papel do farmacêutico e a indicação farmacêutica, que o mesmo realiza perante o utente, se torna de extrema importância.

O farmacêutico é assim um agente marcante e um dos melhores, não apenas pelos seus conhecimentos e capacidades, mas também pela orientação, educação e

informação que presta aos utentes, conferindo-lhes a responsabilidade da sua saúde e do êxito no tratamento e na racionalização da automedicação.^[1]

Para o próprio farmacêutico, este desafio da automedicação é bastante cativante, porque cada caso é um caso, aprendendo de forma contínua, permitindo colocar sempre à prova o seu conhecimento e a sua capacidade de arranjar a solução mais adequada e correcta para o problema do utente.

Este tipo de conhecimento e informação que o farmacêutico adquiriu ao longo da sua vida de estudante, e da sua carreira, que lhe permite afirmar e indicar qual o medicamento mais correcto a ser dispensado para determinado caso, pois está consciente dos efeitos adversos que podem ocorrer, das possíveis contra-indicações e interacções, das várias medidas não farmacológicas que o utente deverá optar, de forma a prevenir futuros casos, e o conhecimento de quando deverá aconselhar uma visita ao médico, caso determinados sintomas persistam.

4. Perturbações Digestivas

Segundo estatísticas, a nível europeu, cerca de 80% dos adultos sofre, em média, de um sintoma gastrointestinal por mês e 40% tem uma ocorrência acrescentada de cerca de três sintomas por mês.^[61]

Existem várias perturbações digestivas a que um indivíduo pode estar sujeito. Entre elas, destacam-se a dispepsia, a diarreia, a flatulência, a obstipação, a pirose, entre outras. Estas perturbações podem ser aliviadas e tratadas com recurso à terapêutica de não prescrição médica.

O farmacêutico deve efectuar todas as perguntas necessárias para seu próprio esclarecimento, relativamente aos sintomas que o utente descreve, de forma a ser capaz de avaliar a situação em causa. Contudo, se a gravidade assim o justificar e se não houver por parte do farmacêutico qualquer outra possibilidade de terapêutica não sujeita a prescrição médica, deverá encaminhar o utente para o médico.^[1]

No caso dos sintomas apresentados, poderem ser aliviados com auxílio a medicamentos não sujeitos a receita médica, cabe ao farmacêutico ter a competência e o conhecimento das variadas opções de fármacos disponíveis, em cada um dos grupos farmacoterapêuticos e seleccionar o(s) mais indicado(s) para cada doente, em função das queixas que apresenta, idade, patologias e terapêuticas concomitantes^[1]. Como prestador de cuidados de saúde, o farmacêutico deve levar em conta todas as queixas digestivas que o utente refere, pois sintomas não tratados, ou tratados incorrectamente, podem comprometer a vida pessoal e profissional do utente.^[61]

De salientar que o farmacêutico deverá sempre indicar de forma oral e por escrito a posologia aconselhada, assim como medidas não farmacológicas, para uma maior adesão e sucesso ao tratamento e futura prevenção de recorrência dos sintomas.

São todos estes passos que diferenciam o espaço da farmácia de qualquer outro ponto de venda de MNSRM, pois o utente dispõe de um serviço de aconselhamento gratuito, realizado por um profissional muito competente, e que lhe indicará qual a melhor opção a tomar perante os sintomas que apresenta.

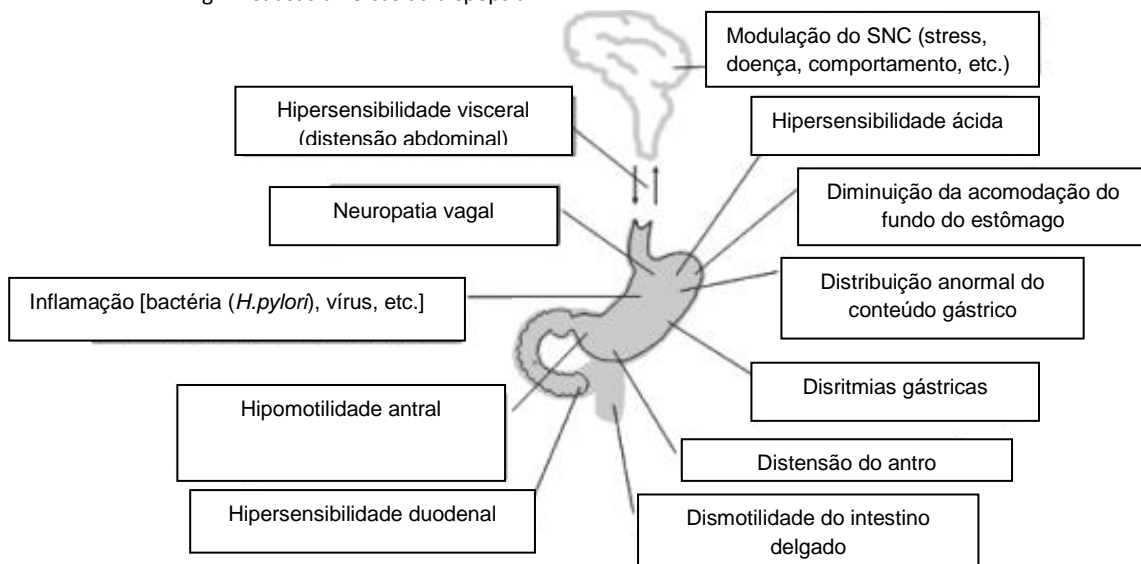
4.1.Dispepsia

A dispepsia, mais comumente designada por má digestão, é uma dor ou um mal-estar na porção central do abdômen na região epigástrica, acima do umbigo ou na zona do peito, por vezes acompanhada por outras queixas gastrointestinais.^{[4][5][9]}

O aparecimento dos sintomas dispépticos é um dos problemas clínicos mais frequentes em países que possuem um estilo de vida ocidentalizado, afectando cerca de 20 a 40% da população, prejudicando a qualidade de vida dos indivíduos.^{[4][9]} Um estudo demonstrou que na Europa, 20,6% dos indivíduos apresentaram sintomas epigástricos relacionados com a patologia em causa.^[8]

Esta patologia pode dever-se a várias causas, surgindo principalmente aquando da presença de doenças que afectam o estômago e o duodeno. Uma das situações mais comuns e representativas trata-se da úlcera péptica, mas também da inflamação do estômago, o cancro gástrico, problemas a nível motor e nervoso gastrointestinal, consumo de bebidas alcoólicas, aerofagia, tabagismo, regurgitação e até mesmo a ansiedade podem ser uma causa da patologia.^{[4][5][6]} Também uma infecção poderá estar relacionada com o surgimento de dispepsia, através da bactéria *Helicobacter pylori*, porém nem todos os indivíduos que possuem *H. pylori* têm dispepsia funcional.^{[6][9]} Em alguns doentes os sintomas podem ter origem em outros órgãos, em consequência de patologias ao nível do pâncreas ou de cálculos biliares.^[5]

Fig.1 : Causas diversas da dispepsia



Foi determinado num estudo realizado [Piessevaux, et al., 2009] que a prevalência dos sintomas dispépticos aumentam significativamente com a idade, em que dos 15 aos 17 anos a percentagem é de 7,7%, dos 18 aos 24 - 17,6%, dos 25 aos 34 - 18,3%, dos 35 aos 44 - 19,7%, dos 45 aos 54 - 22,8%, dos 55 aos 64 - 23,7% e acima dos 65 anos 24,4%.^[9]

Em variadíssimos casos a dispepsia ocorre apenas devido a uma perturbação do funcionamento digestivo, a qual pode ter origem mesmo sem doenças subjacentes, sendo esta situação designada por dispepsia funcional.

Segundo um estudo [Halling et al., 2008], os doentes que sofrem de dispepsia funcional têm uma redução de qualidade de vida significativa, sobretudo devido aos sintomas que a patologia acarreta, particularmente ao nível da dor abdominal e indigestão, stress emocional e problemas com os alimentos e bebidas.^[72]

Maioritariamente a dispepsia funcional é recidiva, surgindo novamente os sintomas, os quais poderão ser de maior ou menor intensidade do que os anteriores. Nestes casos, os fármacos que foram dispensados para aliviar os sintomas devem ser novamente administrados de modo a resolver a situação ^[4]

Para além do mal-estar na parte superior do abdómen ou no peito, outros sinais e sintomas podem advir, como eructação e borborigmos. Em alguns casos a ingestão de alimentos pode agravar a dor e em outros até mesmo aliviar essa dor.

Em termos farmacológicos para tratar os sintomas são dispensados antiácidos como bicarbonato de sódio (Alka-Seltzer®), ou carbonato de cálcio + carbonato de magnésio (Rennie Digestif®), ou carbonato de di-hidróxido de alumínio e sódio (Kompensan®) ou outra classe de fármacos como alguns bloqueadores dos receptores H₂, nomeadamente a famotidina (Lasa®).^{[5][7]}

Caso os sintomas sejam persistentes e não existam qualquer melhoria dos mesmos, o utente deverá ser encaminhado ao médico, para um diagnóstico mais específico.

Num capítulo mais à frente da monografia, será descrito de forma detalhada qual a farmacoterapia mais adequada para a patologia em causa.

4.2.Diarreia

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia (2012) «A diarreia é definida por um aumento na frequência das defecções ou diminuição da consistência das fezes e por uma massa fecal superior a 200g/dia.»^[81]

De acordo com a sua fisiopatologia, a diarreia pode ser classificada em: osmótica, secretora, por defeito de contacto com a mucosa e exsudativa.^[73]

A diarreia osmótica resulta da presença de solutos osmoticamente activos e mal absorvidos no lúmen intestinal, que inibem a absorção normal de água e electrólitos. Certos laxantes, como a lactulose, ou a má digestão de certas substâncias alimentares como a lactose são causas comuns de diarreia osmótica.^[73]

Quanto à diarreia secretora, esta pode resultar de toxinas bacterianas, da reduzida área de superfície de absorção causada por uma doença, da secreção de ácidos biliares, da circulação de várias hormonas, fármacos ou produtos tóxicos ou de patologias que comprometem a regulação da função intestinal.^[74]

No que concerne à diarreia por defeito de contacto com a mucosa intestinal, esta resulta de uma proliferação bacteriana anormal, aceleração do trânsito intestinal, diminuição dos processos de digestão e transporte de nutrientes, água e electrólitos. Este tipo de diarreia é mais comum de ocorrer em doentes com extensas ressecções do intestino ou que possuem uma lesão extensa da parede intestinal.^[1]

Por último, a diarreia exsudativa é típica das doenças inflamatórias do cólon e da colite pseudomembranosa,^[1] onde o sangue, o pus e o material proteico contribuem para a produção da diarreia. Estes produtos da inflamação podem por si só causar um aumento do volume e da frequência das fezes, mas a alteração da absorção de fluidos e de electrólitos também desempenham um papel importante neste tipo de diarreia.^[73]

Pela sua especificidade, a diarreia pode ser classificada em diarreia aguda ou diarreia crónica.

Segundo Herbert L. DuPont (1997) «A diarreia aguda é definida como, a passagem de fezes mais amolecidas do que o normal, com maior número de evacuações, durante menos de catorze dias»^[10], enquanto que a diarreia crónica é semelhante, mas com uma duração superior a catorze dias.^[11]

De acordo com dados epidemiológicos estima-se que por ano, a nível mundial ocorram 1,5 biliões de episódios de diarreia aguda,^[11] ainda que, em países em desenvolvimento, as crianças com idade inferior a três anos têm um maior número de episódios que os adultos, cerca de três por ano. É sobretudo em países em desenvolvimento e ao nível infantil que esta patologia é mais mortal, levando à morte entre 1,5 a 2 milhões de crianças com idade inferior a 5 anos,^{[11] [12]} sendo a segunda principal causa de morte, após a pneumonia.^[12]

Relativamente às causas da diarreia aguda, estas podem ser agrupadas em categorias distintas: bacterianas, virais e parasitárias.^[13]

Pode-se ainda interpretar a diarreia como um aumento na quantidade de água e electrólitos nas fezes, levando normalmente à formação de fezes não tão consistentes e mal formadas. Esse balanço entre a reabsorção e a secreção da mucosa intestinal leva a que as fezes se encontrem liquidificadas. Na maioria das vezes, tal situação ocorre devido ao envolvimento de microrganismos não invasivos, que são especialmente activos no intestino, causando diarreia aquosa sem febre ou febre muito baixa. Os mesmos microrganismos levam à diarreia através de interacções variadas com a mucosa intestinal. No caso de infecção por bactérias como por exemplo, através de, *E. coli* e *Vibrio cholera*, estas não se disseminam além da mucosa intestinal e causam diarreia sem qualquer invasão do epitélio intestinal, através da produção de enterotoxinas que induzem a secreção de fluidos. Por outro lado, existem outros microrganismos que são invasivos e penetram o epitélio intestinal, dando origem a um distúrbio inflamatório, como é o caso da infecção por *Shigella*. Na existência de infecção por *Giardia lamblia*, esta actua danificando a superfície de absorção das microvilosidades, o que poderá levar a uma deficiência de dissacaridases, que impedem o desdobramento dos hidratos de carbono em monossacarídeos, levando a alteração do pH e de osmolaridade no conteúdo intestinal, que originará uma chamada de água ao lúmen intestinal e o respectivo surgimento de diarreia.^[13]

Sendo assim na diarreia viral destacam-se os norovirus, rotavirus e astrovirus, enquanto que nos protozoários a *Giardia* é o protozoário mais comum.^[74]

Normalmente a causa mais frequente de diarreia aguda nas crianças ocorre devido a uma infecção viral, enquanto que nos adultos se deve a uma infecção bacteriana.^[13]

Outra das diarreias muito comuns é a diarreia "do viajante". Surge em indivíduos que visitam outros países com climas tropicais e, às vezes, com condições sanitárias menores, comparativamente ao país em que residem. Este tipo de diarreia afecta cerca de 30 a 70% dos viajantes dependendo do local e da época do ano em que visitam tais países. Um dos maiores contribuidores para a obtenção desta patologia são as fracas medidas de higiene de tais países, como em restaurantes, cafés, na própria água canalizada, entre outros.^[75]

A diarreia do viajante pode resultar de diferentes agentes patogénicos intestinais. As bactérias são normalmente as mais predominantes, em cerca de 80 a 90% dos casos de diarreia do viajante. Por outro lado, os vírus apresentam uma pequena percentagem de cerca de 5 a 8% dos casos. Os protozoários manifestam os seus sintomas lentamente e diagnosticam-se em apenas em 10% dos casos.^[75]

Devido às fracas condições sanitárias, que proporcionam o desenvolvimento da patologia em causa, os sintomas poderão manifestar-se através do surgimento de uma diarreia aguda, de início brusco e, por vezes, acompanhada de náuseas e dores abdominais.^[1]

Como referido anteriormente, as bactérias são os agentes predominantes, e nesta classe de agentes patogénicos existe uma que se destaca por ser a mais comum, sendo a *Escherichia coli* enterotoxigénica, seguida de *Campylobacter jejuni*, *Shigella spp.* e *Salmonella spp.*^[75] É fundamental ter particular cuidado nos fármacos que são administrados neste tipo de situação. Pois, a loperamida, um dos fármacos que normalmente é dispensado e administrado para situações agudas, não é de todo aconselhado, porque irá prolongar a diarreia devido à retenção da toxina.

Também os medicamentos podem ser responsáveis pelo surgimento de diarreia, ao provocarem um desequilíbrio da flora intestinal saprófita. Exemplos de alguns medicamentos são os antibióticos de largo espectro: eritromicina, cotrimoxazol, ampicilina, os antihipertensores: guanetidina e metildopa, diuréticos: furosemida, entre outros. A diarreia surge essencialmente aquando das primeiras administrações dos respectivos fármacos já anteriormente referidos, resultante do efeito irritante que os mesmos provocam sobre a mucosa intestinal.^[1]

De salientar ainda que alguns alimentos também poderão ser responsáveis pelo aparecimento de uma diarreia de origem alérgica ou por intolerância a determinadas substâncias, a saber: o excesso de gorduras, as conservas e o marisco. O botulismo resulta da ingestão de alimentos contaminados pelas toxinas que foram produzidas e

tiveram origem na bactéria *Clostridium botulinum*, podendo em casos mais graves levar a uma paragem respiratória.^[1] Alguns alimentos que servem de veículo para estes agentes patogénicos são os ovos (*Salmonella sp.*) carne bovina (*E.coli*), aves domésticas (*Salmonella sp.* e *Shigella sp.*) e tortas (*Giardia sp.*).^[13]

A terapêutica diarreica só deve ser instituída, após se ter realizado um diagnóstico etiológico e caso a dieta alimentar e as medidas de suporte como a hidratação e a reposição electrolítica forem insuficientes.^[1]

Relativamente à indicação farmacêutica que se poderá realizar, após a avaliação correcta da história clínica do utente, encontram-se à disposição do farmacêutico, os modificadores da motilidade intestinal como é o caso da loperamida (Imodium Rapid®), os adsorventes como o carvão activado, substitutos da flora intestinal como preparações de Leveduras e *Lactobacillus* e terapêutica com fluidos, para reposição da perda de líquidos e de electrólitos, como OralSuero® ou Dioralyte®.^{[1][7]}

Por vezes, a administração de loperamida+simeticone é usada, obtendo-se bons resultados. Prova desses bons resultados é o estudo [Haunauer, et al. 2007] randomizado, duplo cego e controlado por placebo, que compara os fármacos loperamida+simeticone, com a loperamida e o simeticone individualizados, no tratamento da diarreia aguda conjuntamente com gases. Os resultados demonstram que o conjunto dos dois fármacos é muito melhor tolerado e mais eficaz do que a loperamida e o simeticone individualizados, bem como placebo, sendo que a última fez menos consistente foi após 7,6h com LOP/SIM, 11,5 h com loperamida, 26 h com simeticone e 29,4h no grupo de placebo.^[77]

4.3.Flatulência

Por vezes, a sensação de dor abdominal e difusa, mal estar e distensão do estômago deve-se a um quantidade excessiva de gases intestinais.^[1]

A formação destes gases pode ocorrer no estômago e no intestino, e tal é devido a uma reacção de fermentação por parte das bactérias intestinais, quando actuam sobre os carboidratos e as proteínas existentes no intestino, levando a um possível desconforto e distensão.^{[1][68]}

Tal como na diarreia, a infecção por *Giardia lamblia*, poderá estar presente nesta patologia, levando a diversas consequências, como um aumento de produção de fezes

com consequente distensão, dor, e flatulência. A colonização bacteriana anormal do intestino também poderá levar a tais efeitos adversos.^[1]

Os principais gases envolvidos na flatulência são o azoto, o oxigénio, o dióxido de carbono, o hidrogénio e o metano. Este último gás é um dos principais responsáveis pelo cheiro desagradável do flato.^{[14][68][80]}

O azoto e o oxigénio são consumidos, enquanto que o dióxido de carbono, o hidrogénio, e o metano são produzidos por fermentação bacteriana.^[80]

O aumento dos gases intestinais pode ocorrer de diversas formas, entre elas através da aerofagia, em que ao engolir uma grande quantia de ar, pode levar a um aumento de oxigénio e azoto no intestino delgado levando a uma dilatação abdominal. Noutros casos, deve-se ao metabolismo bacteriano ou ao excesso de substâncias fermentadas como a lactose e outros oligossacarídeos, que levam à produção de hidrogénio e dióxido de carbono ou metano.^[80]

Existem alguns alimentos que favorecem a formação de flatos em comparação com outros. Entre eles destacam-se os legumes e cereais que contêm quantidades apreciáveis de carboidratos, que vão sofrer acção no intestino por parte das bactérias aí presentes, levando à formação de gases.^[1] O tipo de alimentos que ingerimos bem como a capacidade de digestão que cada indivíduo possui, e a variedade de bactérias presentes no nosso intestino, irão determinar a quantidade e tipo de gases que são produzidos.^[14] Exemplos de alguns alimentos que propiciam a flatulência são os feijões, brócolos, cevada, castanhas, couves, ervilhas, espargos, grão, leite, repolho e trigo.^{[14][15]} Uma dieta que seja rica em gorduras também propicia a formação de flatos, devido à formação de gás carbónico, quando o ácido clorídrico do estômago ou dos ácidos gordos são neutralizados pelo bicarbonato.^[1]

A digestão ou absorção de diferentes açúcares e amidos depende das enzimas necessárias presentes no tubo digestivo.^[14]

Actualmente, sabe-se que os sintomas apresentados da flatulência são a dor abdominal, distensão, eructação e excessiva libertação de gases pelo ânus, porém, não se conhece a relação exacta entre estes sintomas e a patologia.^{[14][15]}

O alívio do excesso de gases é normalmente conseguido por antiflatulentos. Os fármacos presentemente disponíveis com acção no flato são o simeticone (AERO-OM® e Infacalma®), o dimeticone, o carvão activado e as enzimas digestivas.^[7]

O critério de selecção do antiflatulento que deve ser utilizado não é tão rigoroso, nem contém nenhuma regra específica, cabendo ao farmacêutico a escolha do mesmo. No entanto, esta selecção pode ser auxiliada, através de um pequeno inquérito ao utente, no sentido de averiguar as causas. Algumas das questões a colocar serão: Que tipo de alimentos ingeriu recentemente?, Se toma algum tipo de medicação?, Antiácidos?, Se já utilizou algum medicamento para os gases?, Qual? E quais os resultados?.[1] Assim, o farmacêutico poderá realizar a indicação farmacêutica com maior rigor e de forma mais correcta.

4.4. Obstipação

Maioritariamente, indivíduos saudáveis possuem uma frequência de evacuações inferior a três vezes por dia e superior a três vezes por semana.[16] Todavia estes números não servem como padrão para população em geral, relativamente ao funcionamento intestinal, podendo variar de pessoa para pessoa.[16]

Pode-se considerar que um indivíduo sofre de obstipação, quando existe uma dificuldade persistente em evacuar, se é necessário um grande esforço, se for preciso recorrer a manobras digitais para auxiliar a expulsão de fezes ou se o indivíduo só defeca duas ou menos vezes por semana.[16]

Ainda poderá ocorrer obstipação no caso de indivíduos em que a frequência de defecação é normal, mas que apresentam esforço excessivo, desconforto na evacuação, ou passagem de fezes duras.[17]

A obstipação advém de uma diminuição dos movimentos das fezes, através do cólon, o que resulta numa acumulação das mesmas no cólon descendente.[1]

Os sintomas individuais dos utentes devem ser analisados de forma detalhada para garantir que se trata realmente de obstipação e não apenas de dificuldade em defecar.[80]

Assim, as causas da obstipação podem consistir devido a negligência em defecar quando existe vontade, falta de aquisição do hábito regular de defecação, uma má dieta inadequada em fibras, distúrbios hormonais, idade avançada, mudanças de ambiente, fármacos que possuem efeitos adversos que causam obstipação, insensibilidade do recto ao reflexo de defecar, possível intervenção cirúrgica e uma

variedade de patologias sistémicas que afectam o sistema GI, como é o caso da obstrução do cólon e o síndrome de cólon irritável.^{[1][2][80]}

Consequentemente o uso abusivo de laxantes, como os de contacto, leva ao surgimento de obstipação.^[1]

A terapêutica farmacológica nem sempre deve ser a primeira escolha em casos de obstipação, sendo que uma dieta rica em fibras (15 a 25 g diários), hidratação e exercício regular,^{[2][80]} prevalece sempre primeiro do que acção farmacológica imediata.

Por vezes, a obstipação aguda só pode ser corrigida com a administração de laxantes, mas o seu uso, deve ser o mais curto possível.^[1]

A classificação de laxantes é variada. Esta encontra-se classificada de acordo com o local de acção em que o mesmo irá fazer efeito, a intensidade, estrutura química e mecanismo de acção farmacológico.^[1] Por conseguinte, os tipos de laxantes disponíveis são os laxantes emolientes, de contacto (estimulantes), expansores do volume fecal, osmóticos, lubrificantes e salinos.^[7]

Alguns exemplos de medicamentos não sujeitos a receita médica para cada um dos tipos de laxantes mencionados acima, temos para os laxantes emolientes a parafina líquida (Parafinina®), nos laxantes de contacto o bisacodil (Dulcolax®), nos expansores do volume fecal Cassia Angustifolia+Ispagula+Plantago Ovata (Agiolax®), nos osmóticos a lactulose (Laevolac®)^[7], nos lubrificantes a vaselina líquida ou óleos vegetais e, por último, nos salinos o sal de magnésio.^{[1][18]}

Os dois últimos grupos de laxantes são, por vezes, menos utilizados devido a efeitos adversos que podem ocorrer após administração dos mesmos.

De facto nos laxantes lubrificantes pode ocorrer uma redução de absorção de vitaminas e de outros nutrientes, particularmente os que são lipossolúveis, bem como o excesso de óleo ingerido levar a um gotejamento pelo ânus. Nos salinos, estes apresentam o risco de originar um desequilíbrio hidroelectrolítico e absorção excessiva de magnésio, acrescentando ainda que se encontram contra-indicados em doentes cuja a dieta se encontra restringida a sódio.^[1]

Como já foi referenciado anteriormente, uma dieta adequada para este tipo de patologia deve ser implementada primariamente à terapêutica farmacológica, bem como as restantes medidas não farmacológicas. Logo os alimentos ricos em fibras

como cereais, pão, trigo, aveia, bolachas integrais, ameixa, pêssago, kiwi, aipo, grão, couve, ervilhas, feijão e saladas, devem constar na dieta.^{[16][19]} Tem-se ainda que ter um cuidado especial na ingestão destes alimentos, pois a dieta praticada com os mesmos deve ser realizada de um modo gradual de forma a evitar que o aumento do meteorismo ocorra, bem como seguir uma dieta à base de fibras não implica que os outros alimentos básicos, como a carne, os ovos e o peixe deixem de se incluir na alimentação, mas sim, o contrário, estando presentes com a frequência recomendada nos guias alimentares.^{[16][19]} O arroz é um dos alimentos que deve ser limitado devido ao seu efeito adstringente.^[19]

Existem situações particulares em que o farmacêutico não poderá efectuar a indicação farmacêutica, como uma indicação para um utente adulto e teoricamente saudável. Duas dessas situações particulares são os casos em pediatria e numa gravidez.

No caso de pediatria e de um modo geral a obstipação nesta faixa etária ocorre devido a erros alimentares e ao facto dos pais obrigarem a criança a ficar retida, durante um longo período de tempo, no bacio, até a defecação.^[1] Também nesta faixa etária a dieta rica em fibras e a abundância de líquidos deve ser a primeira medida a implementar.^[71] Nestes casos, o farmacêutico deverá questionar se o problema de obstipação é recente e se não existem outros sinais significativos associados, indicando o uso de laxantes, preferencialmente a nível oral, pois são normalmente mais eficazes.^[71] Não existe ainda evidência de qual das classes de laxantes é superior, mas o seu uso deve ser regular no caso de patologia, pois a administração intermitente pode causar recaídas.^[71]

Na gravidez algumas das causas de obstipação estão relacionadas com alterações hormonais ou devido ao ferro oral que é administrado nas grávidas.^[1] A prática de exercício físico, a ingestão de grandes quantidades de líquidos e uma dieta rica em fibras são opções de tratamento, afim de contornar os sintomas.^[71] A administração deste tipo de fármacos deve ser sempre o mais curto possível, pois a segurança dos fármacos e os possíveis efeitos adversos são uma das maiores preocupações na gravidez.^[71] Caso as MNF não sejam suficientes, o farmacêutico poderá indicar um laxante expansor do volume fecal.^{[1][71]} O sene também poderá ser indicado, sendo seguro em doses normais, mas é necessária precaução, no caso de uma gravidez instável. Em doses elevadas este vai encontrar-se presente no leite materno.^[71]

4.5. Pirose

A pirose/azia e outros sintomas relacionados com o refluxo de ácido surgem quando o ácido que é produzido no estômago, que se encontra envolvido na digestão dos alimentos, reflui para o esófago, devido ao relaxamento excessivo ou enfraquecimento do esfíncter esofágico inferior.^[20] O revestimento do esófago é muito sensível e não se encontra preparado para resistir ao contacto com o conteúdo ácido do estômago, por conseguinte, qualquer porção de ácido que atinja o esófago pode provocar sintomas dolorosos como ardor, dor e sensação de mal-estar.^{[20] [21]}

As possíveis causas da pirose são diferentes de pessoa para pessoa, mas algumas delas são: ingerir grande quantidade de alimentos nas refeições, o que leva a uma maior produção de ácido, comer de forma rápida ou irregular de forma a que os níveis de ácido não consigam ter o tempo suficiente para se regular, alimentos picantes, o chocolate e a hortelã podem ter um efeito relaxante no esfíncter, as bebidas como a cafeína e o álcool tendem a aumentar a acidez do estômago, fumar pode igualmente ser uma das causas, pois leva à estimulação de produção de ácido e, por fim, alguns medicamentos também podem fazer com que a produção de ácido no estômago seja aumentada.^{[21] [23]}

No caso de azia na gravidez, esta patologia é muito comum durante esta fase da mulher. Esta afecta cerca de 22% das mulheres no primeiro trimestre de gravidez, 39% no segundo trimestre e 72% no terceiro.^[23] Este tipo de azia ocorre devido ao processo digestivo que se torna mais lento em consequência do aumento da progesterona na corrente sanguínea. O próprio aumento do volume inerente à gravidez, faz com que a pressão intra-abdominal facilite o refluxo do conteúdo do ácido para o esófago.^{[22] [23]}

No que se refere ao tratamento farmacológico existem diversos medicamentos que podem ser indicados por parte do farmacêutico para alívio dos sintomas como é o caso do omeprazol (Proton®), pantoprazol (Pantoloc Control®) e o alginato de sódio+ bicarbonato de sódio + carbonato de cálcio (Gaviscon®).^[7]

Segundo um estudo recente randomizado [Pouchain,D., et al. 2012] de comparação entre o medicamento Gaviscon® (4x 10 ml/dia) e o fármaco omeprazol (20 mg dia), foi demonstrado que o primeiro não se encontra em termos da sua eficácia inferior ao segundo, conseguindo-se uma ausência de azia durante um período de 24 horas, em episódios moderados da patologia, confirmando-se assim com uma opção terapêutica viável e correcta a indicar por parte do farmacêutico. É ainda de salientar que os

efeitos adversos foram muito baixos, sendo as náuseas com 1,8% e a obstipação com 1,5% os efeitos adversos mais comuns, mostrando a segurança de ambos os medicamentos.^[76]

Na situação de gravidez, o omeprazol foi estudado [Lakin, et al., 1998]^[24] e encontra-se indicado para a azia na gravidez, contudo a grávida deverá sempre consultar primeiro o seu médico antes de tomar qualquer tipo de medicação.^[22]

5. Farmacoterapia

Tabela 1 - Farmacoterapia não sujeita a receita médica disponível na Dispepsia

Patologia	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica ^{[7][25]}
<u>5.1. Dispepsia</u>	<p>Bicarbonato de sódio 2081.8 mg (Alka-Seltzer®)</p> <p>Posologia: - Adultos e adolescentes: 2cp dissolvidos em água de 4 em 4 h, não excedendo os 8 cps em 24 horas</p> <p>- Adultos com idade superior a 60 anos: 2cp dissolvidos em água de 4 em 4 h, não excedendo os 4 cps em 24 horas. ^[31]</p>
	<p>Carbonato de Cálcio 680 mg + Carbonato de Magnésio 80mg (Rennie Digestif®) Posologia: - Adultos e adolescentes com idade superior a 12 anos: Mastigar 1 cp dia, 1h após as refeições e ao deitar. ^[32]</p>
	<p>Carbonato de di-hidróxido de alumínio e sódio 340mg (Kompensan®)</p> <p>Posologia: Chupar 1 cp dia, 1 a 3h após as refeições e ao deitar ^[7]</p>
	<p>Carbonato de di-hidróxido de alumínio e sódio 340mg + Dimeticone 30 mg (Kompensan-S®)</p> <p>Posologia: Chupar 1 a 2 cps dia, após as refeições, ou no intervalo das mesmas, ou ao deitar ^[33]</p>
	<p>Hidróxido de Alumínio 240 mg (Pepsamar®)</p> <p>Posologia: Mastigar 1 a 4 cps dia, entre as refeições e ao deitar até 4 x dia ^[34]</p>
	<p>Hidróxido de Alumínio 200mg + Hidróxido de Magnésio 200 mg+ Dimeticone 26.5 mg (Maalox Plus®)</p> <p>Posologia: - Adultos e adolescentes com idade superior a 15 anos: Mastigar 2 a 4 cps 4x dia, 20 min a 1h após as refeições e ao deitar, não ultrapassando 16 cps em 24 horas ^[35]</p>
	<p>Famotidina 10 mg (Lasa®)</p> <p>Posologia: 1 a 2 cps dia, 1 h antes da refeição</p> <p>A administração não deve ultrapassar duas semanas ^[36]</p>
	<p>Omeprazol 10 mg (Proton®)</p> <p>Posologia: 1 cápsula por dia, podendo aumentar-se para 2 cáps, nunca ultrapassando as mesmas. ^[58]</p>

Tabela 2 - Farmacoterapia não sujeita a receita médica disponível na Diarreia

Patologia	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica ^{[7][25]}
5.2. <u>Diarreia</u>	<p>Loperamida 2mg Orodispersível (Imodium Rapid®) Posologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diarreia aguda: 2 cps para adultos e 1 cp em crianças com mais de 5 anos; seguida de 1 cp após cada defecação diarreica. -Diarreia crônica: 2 cps dia para os adultos e de 1 cp dia para as crianças; esta dose deve ser adaptada até se obter 1 a 2 defecações sólidas dia, o que geralmente é possível com uma dose de manutenção de 1 a 6 cps dia. ^[37]
5.2.1. <u>Diarreia do viajante</u>	<p>Lactobacillus (Lacteol®)</p> <p>Posologia: A posologia habitual é de 2 a 4 cáps por dia, conforme a intensidade dos transtornos.</p> <p>Nos casos de diarreia aguda:</p> <p>2 cáps, 3x dia, no primeiro dia, seguidas de 2 cáps, 2xdia nos dias posteriores. ^[38]</p>
5.2.2. <u>Reposição electrolítica</u>	<p>Oral-Suero ou Rehidrat ou Dioralyte</p>

Tabela 3 - Farmacoterapia não sujeita a receita médica disponível na Flatulência

Patologia	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica ^{[7][25]}
5.3. <u>Flatulência</u>	<p>Simeticone 42mg ou 125 mg ou 105mg/ml (Aero-OM®)</p> <p>Posologia: - Mastigar 2 cps de 42 mg 4x por dia após as refeições, tratamento não deverá ultrapassar 10 dias ^[39]</p> <p>- Engolir 1 cápsula mole de 125 mg 4x por dia, após as refeições, tratamento não deverá ultrapassar 10 dias ^[40]</p> <p>- Crianças até 1 ano de idade: 5 a 10 gotas 3 ou 4x por dia;</p> <p>- Crianças até 15 anos de idade: 10 gotas 3 ou 4x por dia; o período de tratamento não deverá ser superior a 10 dias. ^[41]</p>
	<p>Simeticone 66,66 mg/ml (Infacalm®)</p> <p>Posologia: Crianças dos 28 dias aos 3 anos de idade – 8 gotas 4x dia</p> <p>Crianças dos 3 a 6 anos de idade – 14 gotas 4x dia</p> <p>Crianças com mais de 6 anos até idade adulta – 16 gotas 4x dia. Deve ser administrado após as 3 principais refeições e antes de se deitar ^[42]</p>
	<p>Carvão vegetal 225mg (Arkocápsulas®)</p> <p>Posologia: 2 cápsulas após o almoço e jantar ^[43]</p>

Flatulência

Carbonato de di-hidróxido de alumínio e sódio 340mg +
Dimeticone 30 mg (Kompensan-S®)
Posologia: Mastigar 1 a 2 cps dia, após as refeições, ou no
intervalo das mesmas, ou ao deitar^[33]

Pancreatina 172mg +Dimeticone 80 mg(PANKREOFLAT®)
Posologia: 1 a 2 cps às 3 refeições;
- Exames abdominais: 3 cps, 3x dia, nos
dias que antecedem o exame e 2 cps na manhã do exame,
em jejum.^[82]

Tabela 4 - Farmacoterapia não sujeita a receita médica disponível na Obstipação

Patologia	Subgrupo farmacológico ^[7]	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica ^{[7][25]}
5.4. Obstipação	5.4.1. <u>Laxante de contacto</u>	Bisacodil 5 mg (Dulcolax®) Posologia: - Adultos e crianças com mais de 10 anos: 1 a 2 cps antes de deitar; - Crianças dos 6 aos 10 anos: 1 cp antes de deitar. ^[44]
		Bisacodil 10 mg (Dulcolax® supositório) Posologia: - Adultos e crianças com mais de 10 anos: 1 supositório. ^[45]
		Bisacodil 5mg +Sene 105mg (Bekunis®) Posologia: 1 a 2 cps dia numa só administração ^[46]
		Citrato de sódio + Laurisulfoacetato de Sódio (Microlax®) 450mg/5ml + 45mg/5ml ou 270mg/3ml + 27mg/3ml Posologia: Adultos e crianças com mais 3 anos - 1 bisnaga rectal por dia (450mg/5ml+45mg/5ml) Crianças até 3 anos:1 bisnaga rectal (270mg/3ml+27mg/3ml) ^[47]
	5.4.2. <u>Laxantes emolientes</u>	Gelatina+Glicerol (Bebegel® e Dragagel®) 54mg/4,5g+3830mg/4,5g ou 78mg/6,5g +5532 mg/6,5g respectivamente Posologia: - Bebegel®: Lactentes 1 mês a 12 meses - 1 cânula dia, não utilizar mais de 3 dias seguidos; Crianças e adultos: 1 a 2 cânulas dia. ^[48] - Dragagel®: 1 a 2 cânulas por dia ^[49]
		Parafina Líquida 144,275 ml (Parafinina®) Posologia: - Adultos: 1 colher de sopa à noite e eventualmente 1 colher de manhã; - Crianças: 1 colher de chá à noite ^[7]

Obstipação

5.4.3. Laxantes expansores do volume fecal

Cassia Angustifolia (Fruto) + Ispagula (Mucilagem) + Plantago Ovata (Sementes) (Agiolax®)

Posologia: Adultos e crianças com mais 10 anos - 1 colher de chá, à noite, após o jantar e se necessário, de manhã antes do pequeno-almoço^[50]

Bassorina 620mg/g + Amieiro Negro 80mg/g (Normacol Plus®)

Posologia: - Adultos: 1 ou 2 saquetas, 1 a 2x dia, após as principais refeições.

-Crianças: A dosagem varia em função da idade e do peso, em média metade da do adulto.^[51]

Ispagula (Tegumento) 22mg/g + Ispagula (Semente) 650 mg/g (Agiocur®)

Posologia: - Adultos: 2 colheres de chá, após o jantar, pelo menos uma hora antes de deitar, e, se necessário, 1 colher chá antes do pequeno-almoço.

Crianças com idade superior a 12 anos - tomar metade da dose recomendada para os adultos^[52]

5.4.4. Laxantes Osmóticos

Lactulose 10g/15ml ou 666,7 mg/ml (Laevolac®)

Posologia - Adultos: 1 a 2 colheres de sopa ou 1 a 2 saquetas de 15 ml, em toma única ou dividida em duas tomas. Para manutenção 1/2 a 1 colher sopa dia;
Crianças: 5-10 anos: duas colheres (10 ml) de chá em duas tomas diárias.

1-5 anos: 1 colher de chá (5 ml)

Idade inferior a 1 ano: 2,5 ml em duas tomas dia.^[53]

Macrogol 10000mg (Forlax® 10g)

Posologia: 1 a 2 saquetas dia, de preferência em dose única de manhã, dissolvida num copo de água.^[54]

Macrogol 3350 13,125g + Bicarbonato de sódio 0,1785g + Cloreto de sódio 0,3507g + Cloreto de potássio 0.0466g (Movicol®)

Posologia: 25ml diluídos em 100 ml de água / 1 a 3x dia em doses divididas. A duração do tratamento não deve exceder as 2 semanas.^[55]

5.4.5. Antraquinonas

Senosido A + Senosido B (Pursennide® 12 mg)
Posologia: Adultos: 2 a 4 cps, ao deitar. DDM: 6 comprimidos.

Crianças com mais de 12 anos: conforme a idade, 1 ou 2 cps.
ao deitar. DDM: 3 comprimidos.^[56]

Folios de sene 250mg/g + Folículos de sene 750mg/g
(Bekunis® Chá 0)

Posologia: Adultos e crianças com mais de 12 anos - 1
chávena de chá por dia.^[57]

Tabela 5 - Farmacoterapia não sujeita a receita médica disponível na Pirose

Patologia	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica ^{[7][25]}
5.5. <u>Pirose</u>	<p>Omeprazol 10 mg (Proton®)</p> <p>Posologia: 1 cápsula por dia, podendo aumentar-se para 2 cáps, nunca ultrapassando as mesmas.^[58]</p>
	<p>Pantoprazol 20 mg (Pantoloc Control®)</p> <p>Posologia: 1 cp dia. Depois de ocorrido o alívio completo dos sintomas, o tratamento deve ser descontinuado.^[59]</p>
	<p>Alginato de sódio 250 mg + Bicarbonato de sódio 133,5 mg + Carbonato de Cálcio 80 mg (Gaviscon®)</p> <p>Posologia - Adultos e crianças com mais de 12 anos: 2 a 4 cps dia / 1 a 3h após as refeições e ao deitar.</p> <p>- Crianças com idade inferior a 12 anos: Administração sob aconselhamento médico.^[60]</p>

6. Mecanismos de Acção

6.1. Antiácidos

Muitos factores como a palatabilidade, determina, por vezes, a efectividade e as escolhas dos antiácidos. No entanto, nem sempre poderão ser indicados como uma escolha primária para um transtorno gastrointestinal. Um exemplo é o caso do bicarbonato de sódio que neutraliza efectivamente o ácido, porém é muito solúvel na água e rapidamente absorvido do estômago, podendo originar cargas de metais alcalinos, o que pode causar um risco acrescido nos utentes que possuem insuficiência renal ou cardíaca. Em geral, o objectivo, bem como o mecanismo de acção dos antiácidos é o de neutralizar a acidez gástrica (HCl).^[2] É de ter ainda especial atenção que no caso do CaCO_3 que actua eficaz e rapidamente na neutralização gástrica de H^+ , este, ao actuar, vai libertar CO_2 , e os antiácidos que contêm carbonato podem causar náuseas, fraqueza, cefaleia, distensão abdominal e flatulência.^{[2][3]} Combinações de hidróxidos de Mg^{2+} e Al^{3+} , em que o primeiro reage rapidamente e o segundo mais lentamente, oferecem um balanço relativamente sustentado neutralizando o meio, evitando tais transtornos, visto que o Al^{3+} relaxa o músculo liso gástrico, enquanto que o Mg^{2+} exerce o efeito oposto. Outras combinações que normalmente se fazem e que se deve prestar especial atenção, são as combinações com ácido acetilsalicílico que são potencialmente inseguras em utentes predispostos a úlceras gastroduodenais.^[2]

6.2. Modificadores da secreção gástrica

6.2.1. Inibidores da bomba de prótons: o maior e mais potente supressor da secreção gástrica de ácido são os inibidores ATPase H^+ e K^+ gástrica. Em doses normais esta classe de fármacos diminui a produção diária de ácido entre 80 a 95%. Os fármacos pertencentes a esta classe para serem activados têm de se encontrar em meio ácido, daí os mesmos serem considerados pró-fármacos. Após a absorção na circulação sistémica, o pró-fármaco difunde nas células parietais do estômago e acumula-se nos canalículos secretores de ácido. A forma activa inibe irreversivelmente a ATPase H^+ e K^+ , inibindo a secreção ácida. Alguns exemplos de fármacos pertencentes a este grupo são: o omeprazol, o esomeprazol, o lansoprazol e o pantoprazol. O omeprazol é constituído por dois tipos de isómeros o R e o S. O isómero S do esomeprazol é eliminado com menor rapidez do que o isómero R do

omeprazol, o que leva teoricamente a uma vantagem terapêutica devido ao aumento de $t_{1/2}$.^[2]

6.2.2. Antagonistas dos receptores H_2 : Os antagonistas do receptor H_2 inibem a produção de ácido de forma reversível e competitiva com a histamina para a ligação aos receptores H_2 na membrana das células parietais. Esta classe de fármacos é menos potente do que os inibidores da bomba de prótons, mas suprimem a secreção gástrica em 24 horas e em cerca de aproximadamente 70%. Predominantemente os antagonistas dos receptores H_2 inibem a secreção de ácido basal, o que demonstra uma grande eficácia na supressão noturna da secreção^[2], se bem que os mesmos também inibem a secreção estimulada de ácido.^[4]

6.2.3. Protectores da Mucosa Gástrica: Na presença de uma lesão induzida por ácido, o mediador da pepsina hidrolisa proteínas da mucosa que contribui para uma erosão e ulceração da mesma. O sucralfato é um exemplo desta classe de fármacos que poderá inibir este processo anteriormente descrito. Num ambiente ácido, $pH < 4$, o sucralfato através de extensiva ligação cruzada produz uma camada viscosa e pegajosa, que adere às células epiteliais e crateras ulcerais até seis horas após uma única administração. Acrescentando ainda que para inibir a hidrólise das proteínas da mucosa pela pepsina, o fármaco poderá ter um efeito adicional citoprotector, incluindo a estimulação local de produção de prostaglandinas e do factor de crescimento epidermal.^[2] O sucralfato, não sendo absorvido na corrente sanguínea, possui poucos efeitos adversos.^[3]

6.3. Modificadores da Motilidade Intestinal e Inibidores da Secreção Intestinal

6.3.1. Laxantes e Catárticos

6.3.1.1. Laxantes salinos: Este tipo de laxantes possui na sua constituição cationes de magnésio ou anions de fosfato, como são o caso do sulfato de magnésio citrato de magnésio, o hidróxido de magnésio e fosfato de sódio. A acção que esta classe de laxantes efectua, resulta da retenção de água mediada por osmose, o que vai estimular o peristaltismo. Laxantes que contêm magnésio pode estimular a libertação de colecistocininas, o que leva a uma acumulação de electrólitos e fluido intraluminal, aumentando assim a motilidade intestinal.^[2] As fezes, após administração de laxantes salinos, são muito líquidas, sendo usados maioritariamente em situações de intoxicação, em que se pretende uma eliminação fecal rápida.^[1]

6.3.1.2. Laxantes de contacto ou estimulantes: Estes possuem efeitos directos no músculo liso gastrointestinal. Provavelmente, estes agentes induzem uma inflamação limitada de baixo grau no intestino para promover a acumulação de electrólitos e água de forma a estimular a motilidade intestinal. O mecanismo proposto envolve a inibição da ATPase Na^+/K^+ , com aumento da passagem para o lúmen intestinal de Cl^- , Na^+ e H_2O .^[2] A classe dos laxantes estimulantes pode actuar no intestino delgado, grosso ou em ambos. A intensidade da sua acção é proporcional à dose administrada e a eficácia vai depender da resposta individual. É de salientar que os dois efeitos secundários que mais se destacam trata-se da perda de electrólitos e de fluidos o que proporcionará um desequilíbrio hidroelectrolítico não desejado.^[1]

6.3.1.3. Laxantes expansores do volume fecal: São a classe de laxantes comparativamente às existentes que possuem um mecanismo de acção mais próximo da acção fisiológica. Por isso mesmo consiste na absorção de água, que vai aumentar o volume da massa fecal, formando geles emolientes, amolecendo as fezes, facilitando a passagem do conteúdo intestinal, estimulando o peristaltismo.^{[1][26]} Estes laxantes são principalmente úteis e indicados quando o utente não pode incluir fibras na sua dieta habitual.^[1] A sua acção pode demorar entre 24 a 36 horas a concretizar o efeito pretendido. É necessário ter especial atenção a estes fármacos, pois para aumentar a sua eficácia, estes devem ser ingeridos com uma grande quantidade de água.^[26]

6.3.1.4. Laxantes emolientes: As substâncias presentes neste tipo de laxantes são normalmente substâncias tensioactivas aniónicas, como é o caso do docusato de sódio, que vai aumentar a acção humectante da água intestinal, de forma a favorecer a formação de emulsões óleo/água, com a formação de substâncias gordas e aquosas, e secreção de electrólitos, tornando mais brando o bolo fecal.^{[1][2]} Encontra-se indicado para casos em que a massa fecal é dura ou também em casos que o utente não pode realizar esforço a defecar, sendo muito prescrito nos doentes internados a nível hospitalar.^[78] Este tipo de laxantes não deve ser administrado com intervalo inferior a duas horas, de qualquer outro medicamento.^[1]

6.3.1.5. Laxantes osmóticos: Neste grupo de laxantes, o mecanismo de acção resulta essencialmente de uma "chamada" de água ao intestino, que vai levar a um aumento de pressão e amolecimento das fezes.^{[1][27]} O peristaltismo é assim aumentado em consequência da pressão osmótica.^[28] Normalmente tem uma acção rápida de cerca de duas a seis horas, mas pode também demorar um a dois dias a surgir o efeito pretendido, tendo em conta que o seu uso prolongado pode ter como

consequência, a desidratação. A lactulose, embora com precaução, é um dos fármacos que pode ser administrado em pediatria e nas grávidas.^[53]

6.3.1.6. Antraquinonas: São derivados de plantas como a aloé, cáscara e sene.^[2] Estes laxantes são mal absorvidos, hidrolisando-se posteriormente no cólon aumentando o peristaltismo em seis a doze horas após administrados oralmente, enquanto que administrados por via rectal a sua acção é mais rápida actuando passadas duas horas.^[78] Actualmente, desconhece-se o mecanismo exacto pelo qual esta classe aumenta o peristaltismo, mas sabe-se que o seu efeito depende do conteúdo em antraquinona e da velocidade de libertação do princípio activo das suas combinações glucosídicas^[1] Existiu uma certa preocupação em relação a esta classe de laxantes relativamente aos mesmos serem carcinogénicos, mas estudos epidemiológicos contrariaram tal preocupação não havendo relação entre os mesmos e o cancro rectal do cólon.^[78]

6.3.2. Antidiarreicos

6.3.2.1. Adsorventes: Os adsorventes são muitas das vezes usados no tratamento sintomático da diarreia. As principais preparações usadas, actualmente, têm na sua constituição caulino, pectina, carvão, metilcelulose, atapulgite activada (silicato de alumínio e magnésio).^[79] A sua acção não é selectiva, como tal pode adsorver substâncias como certos nutrientes, enzimas digestivas, toxinas, bactérias e certos medicamentos (lincomicina), alterando a flora intestinal ou revestindo e protegendo a mucosa intestinal.^{[1][79]} Um dos exemplos mais conhecidos e dispensados trata-se do carvão activado, que devido à sua excelente capacidade de adsorção de toxinas, pode ser usado no tratamento da cólera, diarreia infantil e sobretudo na diarreia do viajante.

6.3.2.2. Anticolinérgicos: Estes actuam reduzindo o peristaltismo intestinal. São muito úteis quando a diarreia é consequente de um aumento do tónus e do peristaltismo intestinal. Em termos gerais, nas preparações antidiarreicas não sujeitas a receita médica, a dose normal de alcalóides da beladona é inferior à dose eficaz conhecida, uma vez que as preparações de adsorventes reforçadas com a adição de alcalóides da beladona, ou seja anticolinérgicos, são considerados medicamentos sujeitos a receita médica.^[1]

6.3.2.3. Obstipantes: Neste grupo de fármacos a loperamida é o fármaco que possui maior destaque. A loperamida, quanto ao seu mecanismo de acção, actua ligando-se aos receptores opiáceos da parede intestinal, levando a uma inibição da libertação de acetilcolina e de prostaglandinas, reduzindo desta forma o peristaltismo propulsivo, com aumento do tempo de trânsito intestinal. Este fármaco aumenta o tônus do esfíncter anal, o que consequentemente diminui a incontinência. Por ter alta afinidade com a parede intestinal e considerável metabolismo de primeira passagem, a loperamida praticamente não atinge a circulação sistémica.^[62]

6.3.2.4. Anti-flatulento: Neste grupo temos como exemplo o simeticone, em que o mesmo tem a capacidade de fazer com que as bolhas de gás colapsem, modificando a tensão superficial das mesmas, sendo um agente anti-espuma efectivo.^{[2][39]}

7. Medidas Não Farmacológicas

7.1.Dispepsia^[6]:

1. Evitar alimentos gordurosos;
2. Ingerir uma menor quantidade de alimentos e com maior frequência, em vez de três grandes refeições;
3. Evitar alimentos que proporcionem os sintomas;
4. Evitar ingerir bebidas alcoólicas.

7.2.Diarreia na criança^[63]:

1. Ingerir pequenas quantidades de água, aumentando pouco a pouco;
2. Soluções de rehidratação oral;
3. Alimentação ligeira, papa de arroz não láctea, arroz cozido, peru, frango ou peixe cozido, banana e maçã;
4. Repouso.

7.3.Diarreia no adulto^[64]:

1. Ingerir líquidos em abundância;
2. Alimentação rica em hidratos de carbono como pão, arroz, massas e batatas, pobre em fibras e em gorduras;
3. Evitar a ingestão de bebidas alcoólicas;
4. Evitar ingerir café.

7.4.Diarreia do viajante^[65]:

1. Ingerir muitos líquidos;
2. Só ingerir água engarrafada ou fervida;
3. Não ingerir alimentos crus;
4. Descascar sempre a fruta;
5. Não tomar bebidas com gelo;
6. Lavar bem as mãos antes de comer e depois de ir à casa de banho.

7.5. Obstipação^[66]:

1. Ingerir alimentos ricos em fibras como cereais, fruta e legumes;
2. Ingerir líquidos abundantemente como sumos, sopas, chás e água;
3. Prática de exercício físico;
4. Reservar tempo para ir à casa de banho, de preferência de manhã.

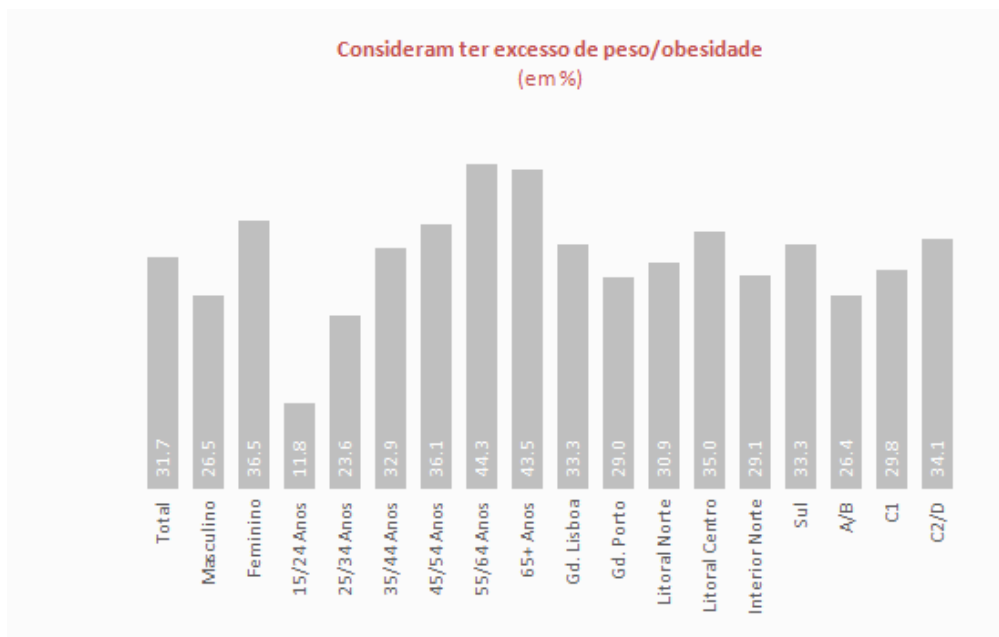
7.6. Pirose^{[20][22]}:

1. Evitar ficar em jejum durante muito tempo, não mais de 4 horas sem comer;
2. Aguardar no mínimo 90 minutos após a refeição antes de se deitar;
3. Cessação tabágica;
4. Evitar a ingestão de café;
5. Elevar a cabeceira da cama;
6. Praticar exercício físico;
7. Comer 2 a 3 horas antes de deitar.

8. Cuidados Nutricionais

Ao longo dos últimos anos temos vindo a observar um crescimento global em termos de indivíduos com excesso de peso. Tal facto, deve-se sobretudo aos maus hábitos alimentares que se realizam nos dias de hoje. Estima-se que em Portugal 2.635.000 habitantes ou seja 31,7% dos residentes com mais de quinze anos possuem excesso de peso.^[67] Por outro lado, noutras partes do globo morre-se por carências nutricionais graves (proteicas, calóricas e vitamínicas).

Fig.2 Gráfico de indivíduos que consideram ter excesso de peso/obesidade, em percentagem, em função de vários factores. Fonte: <http://www.marktest.com/wap/a/n/id~1ba4.aspx>



A falta ou a demasia de alimento acarretará problemas de saúde e, consequentemente é, um factor a ter em conta na qualidade de vida do Homem.

O tracto gastrointestinal é bastante importante nos primeiros passos em nutrição, uma vez que envolve várias fases; como a ingestão, a trituração, a digestão e a absorção dos alimentos.^[69]

A dieta que determinado individuo efectua, pode ser adequada para cada tipo de situação, como em determinadas patologias em que a alimentação tem de ser a mais rigorosa e correcta possível.

Assim, as várias patologias referenciadas na monografia possuem certos padrões dietéticos específicos para cada doença, de forma a auxiliar o tratamento, sendo uma mais valia na obtenção de melhores resultados.

Na dispepsia não é aconselhado ingerir alimentos ricos em gorduras, nem os alimentos que podem proporcionar e agravar os sintomas que levam a esta patologia. É ainda aconselhado uma alimentação adequada e uma maneira correcta de comer, isto é alimentar-se lentamente, mastigando bem os alimentos e não comer ou beber em excesso.^{[6][70]}

A terapia nutricional para a diarreia em adultos inclui a reposição de líquidos e electrólitos. O uso de quantidades consideráveis de alimentos ou suplementos dietéticos contendo componentes pré-bióticas como a pectina, frutose, oligossacarídeos, inulina, aveia e flocos de banana podem ajudar a controlar ou a tratar a diarreia, auxiliando do impedimento de desenvolvimento de microrganismos potencialmente patogénicos. Quanto à diarreia nos lactentes e nas crianças em que a perda de líquidos é bastante acentuada, é de extrema importância a reposição de líquidos e electrólitos de forma imediata e abundante. As soluções de reposição como o Oral-Suero® ou o Dioralyte® são um bom exemplo.^[70]

Relativamente à dieta na obstipação esta deve ser constituída por alimentos ricos em fibra, o que vai permitir com que as fezes amoleçam e que seja mais fácil de serem expulsas pelo ânus. A dose recomendada de ingestão de fibras é de 14g por 1000kcal, ou seja, cerca de 25g por dia para as mulheres e 38 g para os homens. A fibra existe em quantidade considerável nos cereais, frutas, vegetais, legumes, sementes e nozes. Estes alimentos são ricos em nutrientes e são muitos úteis como pré-bióticos para manter uma microflora desejável. Os suplementos de fibras em pó também podem ser um auxílio para os indivíduos que não conseguem consumir quantidade suficiente de alimentos ricos em fibra.^[70]

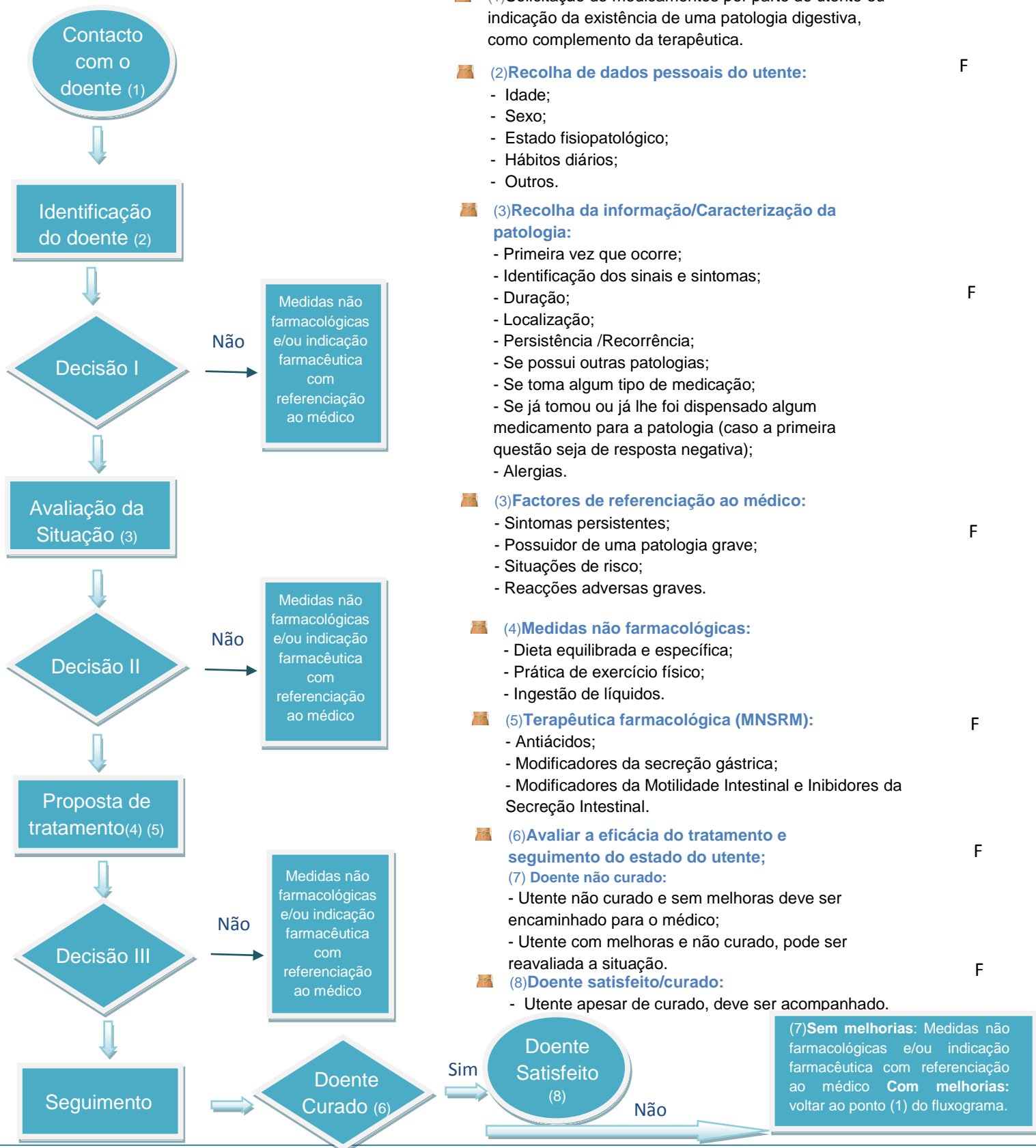
Quanto à flatulência, uma das primeiras abordagens a realizar na dieta é a redução de hidratos de carbono, que vão ser mal absorvidos e fermentados, tais como os legumes, fibras solúveis, e açúcares (frutose). Também a produção excessiva de gás pode-se prender com a quantidade de certos hidratos de carbono que se consomem, como é o caso do pão, produtos de panificação e vegetais, que são normalmente e totalmente digeridos em proporções normais, mas quando ingeridos em quantidade excessiva pode levar a uma indigestão ou uma má absorção por parte das bactérias do cólon, agravando a situação.^[70]

Também na pirose, uma mudança na dieta habitual, ajuda a que os sintomas desta patologia não se desencadeiem. Por isso mesmo é aconselhado a não ingestão de alimentos condimentados, gordurosos e ácidos.^[21] Os refrigerantes, o álcool e a cafeína^[21] também deverão ser retirados da rotina diária dos indivíduos, substituindo-se por exemplo por uma peça de fruta. Por último, nunca se deverá comer em excesso^[22], de forma a que se mantenha um equilíbrio e uma vida saudável.

9. Protocolos de Indicação Farmacêutica

9.1. Protocolo Geral de Indicação Farmacêutica em Perturbações Digestivas

Responsável



9.2. Intervenção na Obstipação

9.2.1. Objectivos

A intervenção farmacêutica tem como objectivos centrais a:

1. Promoção de medidas não farmacológicas para prevenção da obstipação;
2. Educação no uso racional de laxantes;
3. Prevenção de problemas de saúde consequentes à obstipação.

9.2.2. População

Esta patologia abrange toda a população em todas as faixas etárias, desde o recém-nascido ao idoso.

9.2.3. Materiais

Para auxiliar a intervenção farmacêutica nesta patologia, o farmacêutico encontra ao seu dispor:

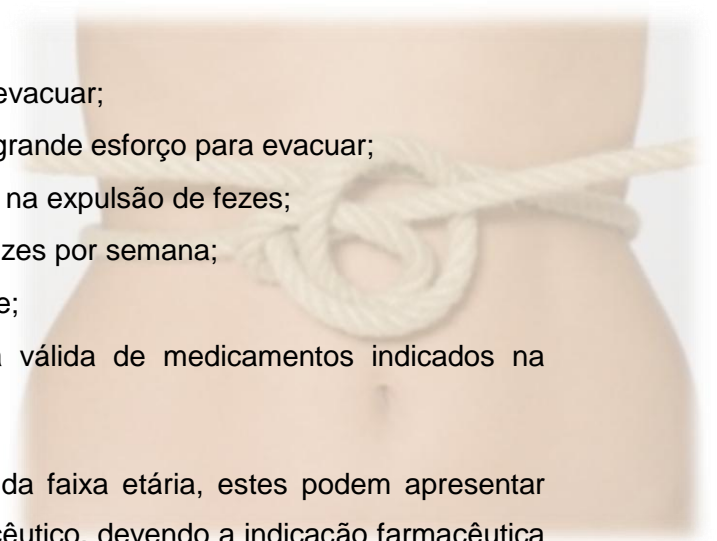
1. O protocolo de actuação na forma de questionário para orientação da entrevista a realizar e fluxograma;
2. Um folheto apelativo com informação detalhada sobre a patologia, para entrega durante a indicação farmacêutica ou dispensa de medicamentos para a obstipação.

9.2.4. Método

A intervenção farmacêutica na obstipação pode ser desencadeada nas seguintes situações:

- Dificuldade persistente do utente em evacuar;
- Se o utente necessita de realizar um grande esforço para evacuar;
- Uso de manobras digitais para auxílio na expulsão de fezes;
- Se o utente defeca duas ou menos vezes por semana;
- Solicitação de qualquer tipo de laxante;
- Apresentação de prescrição médica válida de medicamentos indicados na obstipação.

Em virtude da personalidade do utente ou da faixa etária, estes podem apresentar alguma vergonha na comunicação ao farmacêutico, devendo a indicação farmacêutica



ser efectuada de uma forma profissional, educada, compreensiva, não alarmante e isenta de juízos de valor.

Em concordância com o que foi descrito anteriormente, o farmacêutico deverá aperceber-se, se o utente se encontra confortável para o diálogo sobre a sua patologia no espaço de atendimento da farmácia. Caso tal não ocorra é recomendável que o atendimento decorra num ambiente com maior privacidade, nomeadamente no gabinete de utente.

Assim recomenda-se que a metodologia a adoptar na intervenção deverá ser a seguinte:

Passo 1 - Avaliação

i) identificar o utente

- ✓ Certificar que se está a falar com o próprio utente que vai usar o laxante;
- ✓ Questionar a idade.

ii) identificar outros problemas de saúde;

iii) identificar outros medicamentos que estejam a ser tomados.

Passo 2 - Critérios de Inclusão e de Exclusão

i) Analisar critérios de inclusão

- ✓ Confirmar que o utente tem realmente dificuldade em evacuar;
- ✓ Avaliar se a dieta que realiza é a mais correcta;
- ✓ Verificar se as medidas não farmacológicas, não surtem qualquer efeito.

ii) Analisar critérios de exclusão

- × Confirmar que o utente necessita realmente de medicação e não apenas porque não conseguiu evacuar numa determinada altura do dia;
- × Confirmar se o utente não é intolerante a algum princípio activo ou excipiente;
- × Avaliar potenciais interacções com outra medicação que tenha sido prescrita ou dispensada ao mesmo;
- × Confirmar se a utente se encontra numa gravidez, se afirmativo só dispensar qualquer tipo de laxante após aconselhamento/ prescrição médica.

- × Certificar que o utente não possui oclusão intestinal, íleo, atonia, situações graves de cirurgia abdominal como apendicite aguda, doenças inflamatórias graves nos intestinos e dor abdominal grave em associação com vômitos e náuseas.

Passo 3 - Informação e Aconselhamento

- Explicar o modo em como vai actuar;
- Apresentar a eficácia e segurança do método;
- Informar a posologia não só a nível oral mas também por escrito com letra legível;
- Educar o utente de forma a que o mesmo compreenda que os laxantes nunca devem ser administrados durante um período de tempo prolongado;
- O abuso de laxantes pode causar dependência e efeitos adversos graves, como disfunção do cólon e desequilíbrio electrolítico;
- O utente deve ser advertido de que o laxante não deve ser a primeira opção a ter em conta para realizar a evacuação, mas sim uma dieta equilibrada e específica, bem como as restantes medidas não farmacológicas;
- Entrega de folheto informativo sobre a patologia.

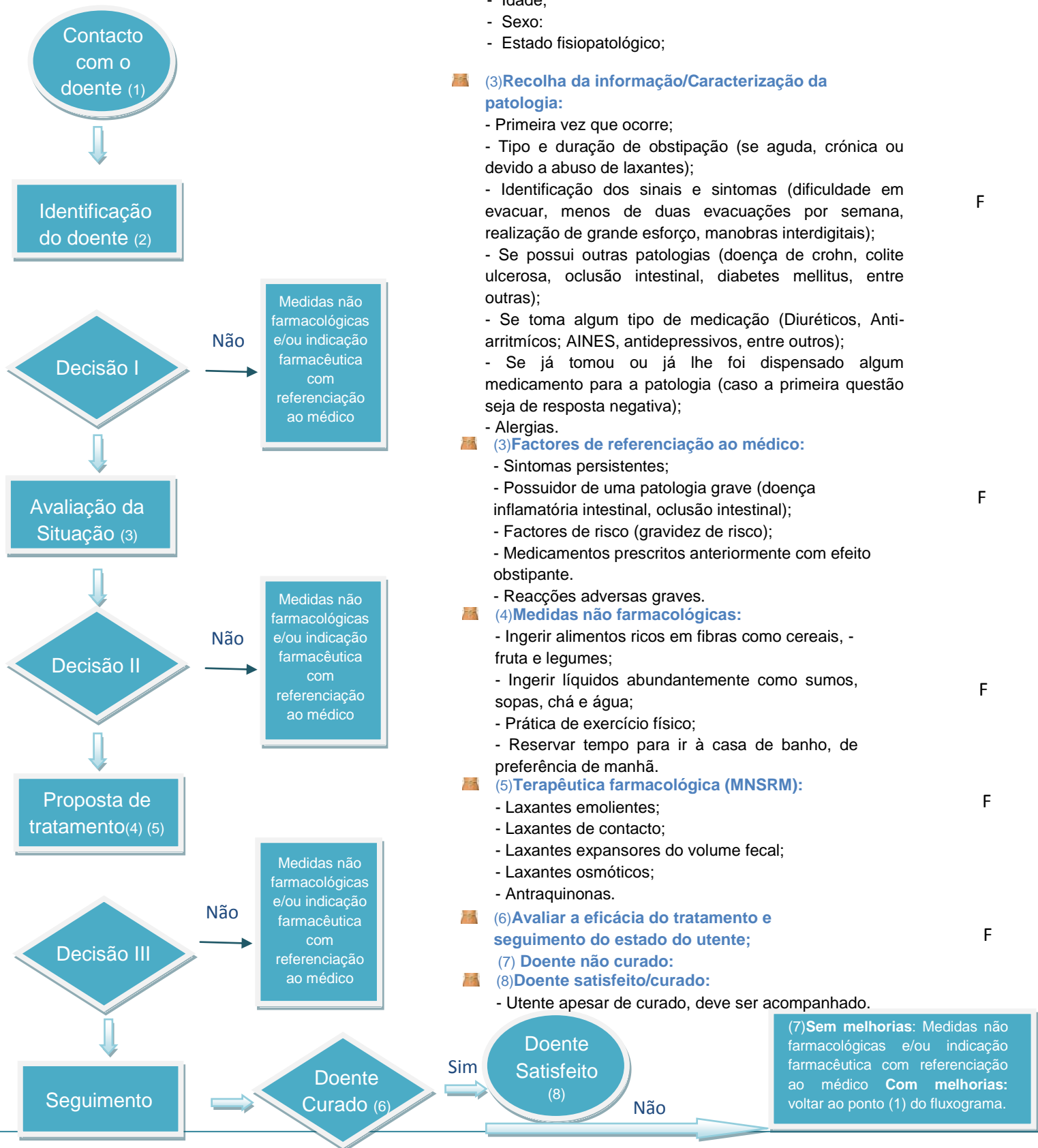
Passo 4 - Seguimento

- ☑ Solicitar ao utente que reporte qualquer anomalia ou outra situação fora do vulgar;
- ☑ Notificar as reacções adversas ao Sistema Nacional de Farmacovigilância;
- ☑ Caso a medicação não surja qualquer efeito após três dias, encaminhar para o médico.

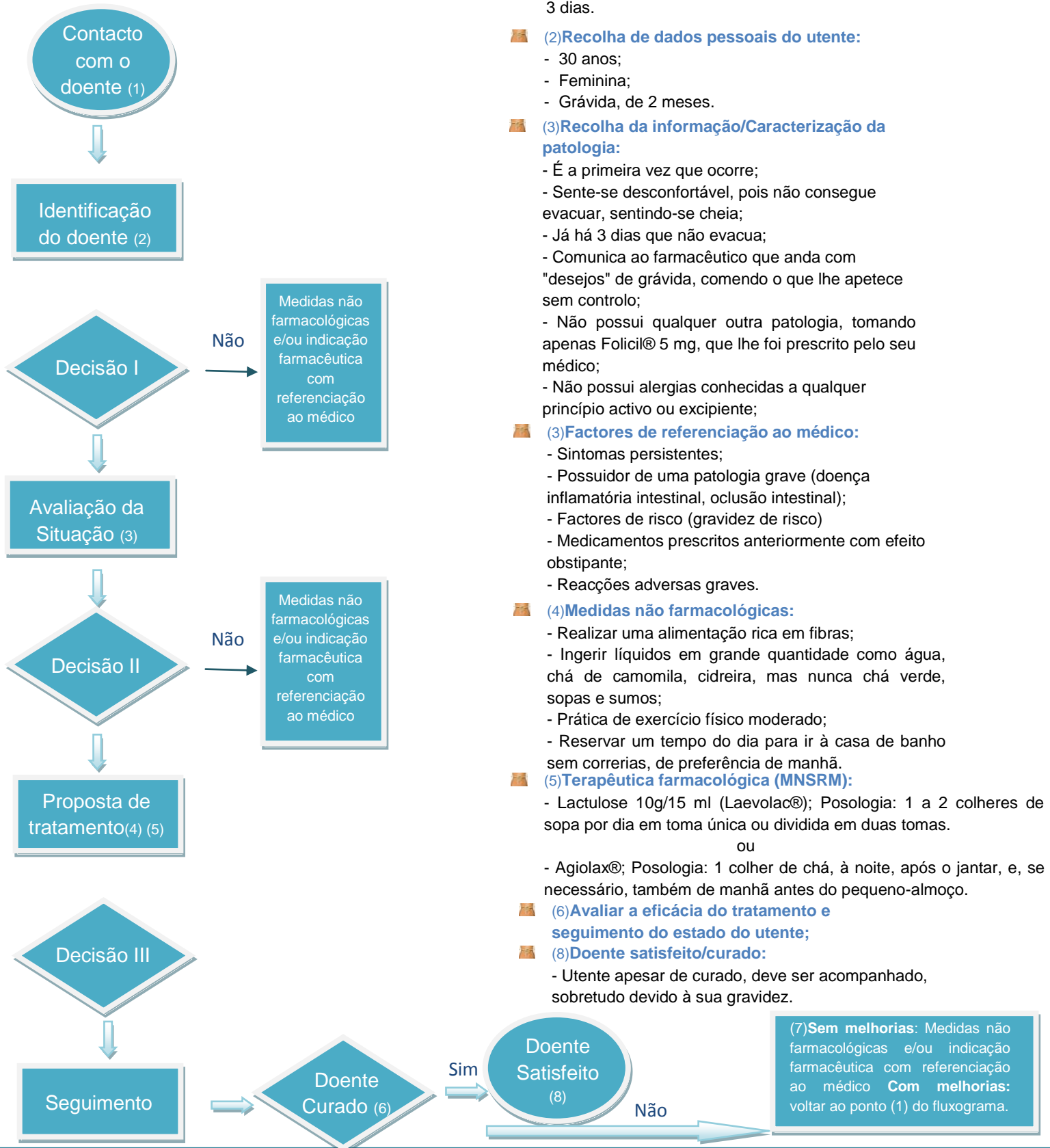


9.2.5. Fluxograma de Indicação Farmacêutica em Obstipação

Responsável



9.3. Fluxograma de um Caso Clínico de Obstipação



9.4. Processo de Implementação do Protocolo de Intervenção Farmacêutica em Obstipação numa Farmácia Comunitária

1. **Apresentação do Protocolo à equipa da Farmácia:** Marcação de uma reunião com os profissionais colaboradores para divulgação do protocolo. Nesta reunião será interpretado o protocolo e serão retiradas e esclarecidas todas as questões relativamente ao mesmo;
2. **Proporcionar o envolvimento de todos:** certificar que todos os elementos da equipa entendem cada ponto do protocolo e que concordam com tal;
3. **Workshop:** realizar *in locu* diferentes situações que podem ocorrer na farmácia, mediante uma simulação de um teatro e associar ao *modus operandi* todas as terapêuticas disponíveis de indicação farmacêutica - desde o momento de recepção do utente na farmácia como as questões a colocar, os respectivos esclarecimentos e indicação terapêutica. Terminar com uma oferta constante de disponibilidade e entrega de um folheto informativo para um maior esclarecimento ao utente.

Fig.3 : Folheto Informativo de Obstipação

Em Grávidas:

Há uma grande probabilidade de uma grávida ficar obstipada. Para evitar ou tratar esta situação deve:

- Melhorar a alimentação (ingestão de fibras de forma moderada);
- Beber muita água ou chá (camomila, cidreira, Lúcia-lima);
- Sopas, sumos naturais;
- Fazer exercício físico moderado.

Se não for suficiente o controlo alimentar, pode sempre recorrer a soluções com lactulose, sampo de maçã vermelha, tudo o que seja indicado para o bebé.





Farmácia C

Para mais informações consulte:

- A sua farmácia;

Ou consulte:

- www.agg.pt - Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia

Obstipação



Farmácia C
Farmácia C, a SUA Farmácia

O que é Obstipação?	Tratamento	Alimentos Aconselhados
<p>Problema de origem funcional que resulta do mau funcionamento intestinal.</p> <p>A situação ideal seria realizar evacuações inferiores a três vezes por dia e superiores a três vezes por semana. Todavia, estes números não servem como padrão da população em geral.</p> <p>Existem várias situações de Obstipação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dificuldade em evacuar, se o indivíduo só defeca duas ou menos vezes por semana; • esforço excessivo, desconforto na evacuação, ou passagem de fezes duras. <p>Pode ser provocado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • negligência em defecar quando existe vontade; • falta de hábito regular de defecação; • falta de ingestão de água; • má dieta (falta de fibras, distúrbios hormonais, idade avançada, mudanças de ambiente, farmacos); • uso abusivo de laxantes; • possível intervenção cirúrgica; • síndrome de cólon irritável. 	<p>Implementação de uma dieta equilibrada e política de exercício físico para estimular os músculos do intestino.</p> <p>Terapêuticas:</p> <p>Primariamente devem ser eliminados alimentos da alimentação diária:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apurados (doces, bolos, biscoitos); • Massas; • Carnes vermelhas; • Produtos lácteos; • Ovos; • Café; • Refrigerantes. <p>Pode ser necessário recorrer a laxantes, caso o controlo na alimentação não seja suficiente e não esteja a ter resultados. Contudo, nunca devem ser tomados por períodos prolongados, pois podem tornar o intestino preguiçoso e agravar a prisão de ventre.</p> <p>Reserve tempo para ir à casa de banho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos ricos em fibras e vegetais; • Pão e cereais integrais; • Sumos de fruta natural: laranja, tangerina, alcaçuz, limão, maracujá (com sementes); • Frutas maduras: laranja, pera, maçã, melancia, amênia, kiwi, figo; • Hortaliças cruas ou cozidas; • Leguminosas secas; • Verduras; • Frutos secos. <p>Muito importante: Consumir pelo menos 1,5L de água</p> 

4. **Determinação da terapêutica:** determinar que medidas farmacológicas devem ser optadas perante cada situação e complementar com medidas não farmacológicas;
5. **Aplicação prática do mesmo**

10. Conclusão e Perspectivas Futuras

Após uma revisão geral do tema e da elaboração do protocolo de intervenção farmacêutica, muito ainda se poderá fazer futuramente no âmbito da indicação por parte do farmacêutico.

Uma das medidas possíveis a tomar, seria a elaboração de mais protocolos de intervenção farmacêutica, das diferentes patologias que normalmente o farmacêutico se depara no dia a dia, sobretudo a nível das perturbações digestivas, bem como o acesso facilitado e incentivo aos mesmos. Uma sugestão para que tal acontecesse seria através de uma entidade superior que gere o ramo farmacêutico, criar/seleccionar uma equipa especializada e com conhecimento de causa do ramo e das patologias, de forma a desenvolver os protocolos, como alguns existentes e que já foram desenvolvidos.

Todavia nem todos iriam concordar com tal situação, porque todos sabemos, que o atendimento ao público nem sempre se rege por tais protocolos, e para estas pessoas seria um gasto de dinheiro absurdo. Contudo tal não seria verdade, porque apesar de toda a controvérsia e a situação económica no país, ainda existem muitos farmacêuticos que se regem pelo que lhes foi incutido na universidade e pelas boas práticas a ter na farmácia, de forma a proporcionar o melhor e mais correcto atendimento aos seus utentes. Cabe assim, a todos os farmacêuticos, mais novos ou mais velhos, incutir tais princípios, pois são estes que dignificam a nossa profissão e que nos distinguem de outros profissionais de saúde, quer aos olhos dos utentes quer aos olhos de outros profissionais, tendo em conta que não há melhor satisfação para um farmacêutico do que um utente que volte à sua farmácia a agradecer-lhe pelo atendimento e pela indicação farmacêutica que prestou e que lhe resolveu o problema/patologia que possuía.

Contudo para que tal indicação farmacêutica seja prestada o mais correctamente possível, é necessário que o farmacêutico tenha informação actualizada diariamente de forma a que esteja disposto a estudá-la, enriquecendo o seu conhecimento e obtendo as melhores soluções aquando de uma situação menos recorrente na farmácia. Daí esta revisão bibliográfica, que pretendeu dar um pouco mais de informação sobre determinadas patologias do sistema gastrointestinal, bem como estudos que compararam fármacos indicados para tais patologias, que muitas vezes são solicitados ao balcão das farmácias e que ocasionalmente nem sempre se sabe efectivamente se o mesmo é semelhante em termos de eficácia a outro, porque nem

sempre o farmacêutico possui, no momento de atendimento, o tempo necessário para pesquisar e/ou comprovar tais factos, bem como a falta de tempo do utente pode ser impedimento para o estudo mais aprofundado e esclarecedor destes fármacos.

Por estas razões o farmacêutico tem de ser um estudante permanente, não só por si, mas também para benefício dos utentes.

Quanto às perturbações digestivas em si, ainda existe uma escassa informação estatística a nível nacional das várias patologias, sabendo-se que quase todos os dias nas farmácias são dispensados antiácidos ou inibidores da bomba de protões, como é o caso do omeprazol, o que demonstra um interesse elevado a tal pesquisa. Nesta óptica, tais estudos seriam uma mais valia, sobretudo em termos de conhecimento estatístico da prevalência e incidência de tais patologias em território nacional, bem como comparar se por vezes as medidas não farmacológicas conseguem solucionar as perturbações digestivas antes de se recorrer às medidas farmacológicas não sujeitas a receita médica.

Em suma, é necessário cada vez mais apostar na formação dos farmacêuticos e valorizar a indicação farmacêutica, de forma a que a automedicação não seja algo banal, mas sim, algo controlado e consciente, individualizando por exemplo nos problemas gastrointestinais, em que o abuso de certos fármacos poderá agravar uma patologia e causar dependência.

11. Bibliografia:

- [1] SOARES, M.A., 2002, "*Medicamentos Não Prescritos*", Publicação Farmácia Portuguesa - Associação Nacional das Farmácias, 2ª Edição, pp.27;317-401, Portugal;
- [2] BRUNTON, L., 2011, " Goodman and Gilman's - The Pharmacological Basis of Therapeutics", 12º Edição, Editora McGraw-Hill, pp. 967-1001, Estados Unidos da América
- [3] BERKOW, R., et al., 1997 " Manual Merck de Saúde Para a Família", Editora Whitehouse Station, Nova Jérсия, pp.534, Estados Unidos da América
- [4] KIMBLE, M., et al., 2009, "Applied Therapeutics - The clinical use of drugs" Editora Lippincott Williams & Wilkins, pp.26-1; 26-9, 9ª Edição, Estados Unidos da América.
- [5] (10/09/2013) Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia, "*Dispesia*", <http://www.spg.pt/?p=1077>
- [6] (10/09/2013) Uptodate "Upset stomach functional dyspepsia in adults", <http://www.uptodate.com/contents/upset-stomach-functional-dyspepsia-in-adults-beyond-the-basics>
- [7] OSSWALD, W. (coord.) , et al., 2012, *Prontuário Terapêutico*, 11ª ed, Infarmed, Lisboa
- [8] (10/09/2013) PIESSEVAUX H., et al., "*Dyspeptic symptoms in the general population: a factor and cluster analysis of symptom groupings*", *Neurogastroenterol Motil* 21: 378–388, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19222761>
- [9] (10/09/2013) BRUN,R.,KUO,B., 2010, "*Functional dyspepsia*" , *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, 3(3):145-164, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3002577/#!po=9.72222>
- [10] (12/09/2013) DUPONT, H.L. , The Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology, 1997 "*Acute Infectious Diarrhea in Adults Guideline*", American College of Gastroenterology, *Am J Gastroenterology* 92:1962-1975, <http://gi.org/guideline/acute-infectious-diarrhea-in-adults/>

- [11] (12/09/2013) FARTHING, M., et al., 2008, "*Diarreia Aguda*", Guia Prática da Organização Mundial de Gastroenterologia, http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/pt/pdf/guidelines/01_acute_diarrhea_pt.pdf
- [12] (12/09/2013) FARTHING, M., et al., 2012, "*Acute diarrhea in adults and children: a global perspective*", World Gastroenterology Organisation Global Guidelines, http://www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/Acute%20Diarrhea_long_FINAL_120604.pdf
- [13] (12/09/2013) FARTHING, M., et al., 2008, "*Diarreia Aguda em Adultos*", Guia Prática da Organização Mundial de Gastroenterologia, http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/pt/pdf/guidelines/diarreia_aguda_em_adultos_pt.pdf
- [14] (12/09/2013) Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, "Gases", <http://www.spg.pt/?p=1233>
- [15] (12/09/2013) Manual Merck, "*Flatulência*", <http://www.manualmerck.net/?id=133&cn=541>
- [16] (14/09/2013) Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, "*Folheto Informativo: Obstipação*", <http://www.spg.pt/?p=2770>
- [17] (14/09/2013) QURESH W., et al., 2005, "*ASGE guideline: guideline on the use of endoscopy in the management of constipation*", American Society for Gastrointestinal Endoscopy, Volume 62, Nº 2, http://www.sped.pt/images/Guidelines_Internacionais/SPED2/2005_constipation.pdf
- [18] (14/09/2013) Manual Merck, "*Prisão de Ventre*", <http://www.manualmerck.net/?id=133&cn=534>
- [19] (14/09/2013) Nestlé, "*Dieta para a Obstipação*", http://www.nestle.pt/SABOREIAAVIDA/EM_FORMA/PESOIDEAL/Pages/DietaObstipacao.aspx#

- [20] (15/09/2013) Novartis, Pantoloc Control, "*Pirose - Alívio da Azia*",
<http://www.pantoloccontrol.pt/pt/sobre-a-azia/causas-e-efeitos-da-azia.shtml>
- [21] (15/09/2013) Gaviscon, "*Azia*",
http://gaviscon.pt/entender_a_azia_e_indigestao/introducao.php
- [22] (15/09/2013) Mendifar Consumer Health, "*Proton 20 mg - Azia*",
<http://www.razia-a-azia.pt/>
- [23] (16/09/2013) Bayer, Rennie, "*Pregnacy & Heartburn*",
<http://www.rennie.co.uk/en/pregnancy-heartburn/index.php>
- [24] (16/09/2013) LALKIN, A. et al., 1998, "*The safety of omeprazole during pregnancy: a multicenter prospective controlled study*", Am J Obstet Gynecol.; 179 (3 Pt 1):727-30.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9757979>
- [25] PEREIRA, O., ALEGRIA, J. , et al., 2012, "*Índice Nacional Terapêutico*", Nº122, 2º Semestre, Editora Tupam, Lisboa
- [26] (20/09/2013) Boehringer Ingelheim, Dulcolax, "*Agentes expansores do volume fecal*"
<http://www.dulcolax.pt/com/pt/main/Constipation/TreatmentOfConstipation/bulkingagents/index.htm>
- [27] (20/09/2013) Boehringer Ingelheim, Dulcolax, "*Laxantes osmóticos*"
<http://www.dulcolax.pt/com/pt/main/Constipation/TreatmentOfConstipation/osmoticlaxatives/index.htm>
- [28] (20/09/2013) INFARMED, "*Resumo das características do medicamento Lactulose*",
http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=4874&tipo_doc=rcm

[29] (20/09/2013) RIBEIRO, M. et al., 2010, " *Prevalência da automedicação na população estudantil do Instituto Politécnico de Bragança*", Revista Portuguesa Saúde Pública, volume 28, nº1, Lisboa

http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S087090252010000100005&script=sci_arttext

[30] (20/09/2013) INFARMED, 2010, " *Automedicação*", nº 29

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/SAIBA MAIS SOBRE/SAIBA MAIS ARQUIVO/29_Automedica%E7%E3o.pdf

[31] (22/09/2013) INFARMED, 2008 " *Resumo das Características do Medicamento - Alka Seltzer®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=44681&tipo_doc=rcm

[32] (22/09/2013) INFARMED, 2009, " *Resumo das Características do Medicamento - Rennie Digestif®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2591&tipo_doc=rcm

[33] (22/09/2013) INFARMED, 2011, " *Resumo das Características do Medicamento - Kompensan-S®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=4825&tipo_doc=rcm

[34] (22/09/2013) INFARMED, 2007, " *Resumo das Características do Medicamento - Pepsamar®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=6778&tipo_doc=rcm

[35] (22/09/2013) INFARMED, 2011, " *Resumo das Características do Medicamento - Maalox Plus®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=10264&tipo_doc=rcm

[36] (22/09/2013) INFARMED, 2006, " *Resumo das Características do Medicamento - Lasa®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=29925&tipo_doc=rcm

[37] (24/09/2013) INFARMED, 2012, " *Resumo das Características do Medicamento - Imodium Rapid®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=4444&tipo_doc=rcm

[38] (24/09/2013) INFARMED, 2010, " *Resumo das Características do Medicamento - Lacteol®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=4865&tipo_doc=rcm

[39] (24/09/2013) INFARMED,2010, "*Resumo das Características do Medicamento - Aero-OM® 42 mg*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=143&tipo_doc=rcm

[40] (24/09/2013) INFARMED,2019, "*Resumo das Características do Medicamento - Aero-OM® 125 mg*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=47148&tipo_doc=rcm

[41] (24/09/2013) INFARMED,2010, "*Resumo das Características do Medicamento - Aero-OM® 105mg/ml*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=144&tipo_doc=rcm

[42] (24/09/2013) INFARMED,2011, "*Resumo das Características do Medicamento - Infacalm®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=51278&tipo_doc=rcm

[43] (25/09/2013) ARKOCÁPSULAS, "Arkocápsulas® - Carvão vegetal"

http://www.arkocapsulas.pt/detalhe_produto.php?id=24

[44] (25/09/2013) INFARMED,2011, "*Resumo das Características do Medicamento - Dulcolax® 5mg*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2863&tipo_doc=rcm

[45] (25/09/2013) INFARMED,2011, "*Resumo das Características do Medicamento - Dulcolax® 10mg supositório*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2864&tipo_doc=rcm

[46] (25/09/2013) INFARMED,2006, "*Resumo das Características do Medicamento - Bekunis® comprimidos revestidos*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=855&tipo_doc=rcm

[47] (25/09/2013) INFARMED,2006, "*Resumo das Características do Medicamento - Microlax®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=5588&tipo_doc=rcm

[48] (25/09/2013) INFARMED,2005, "*Resumo das Características do Medicamento - Bebege!®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=822&tipo_doc=rcm

[49] (25/09/2013) INFARMED,2006, "*Resumo das Características do Medicamento - Dragage®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=2306&tipo_doc=rcm

[50] (25/09/2013)INFARMED,2006, "*Resumo das Características do Medicamento - Agiolax®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=161&tipo_doc=rcm

[51] (25/09/2013) INFARMED,2011, "*Resumo das Características do Medicamento - Normacol Plus®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=6228&tipo_doc=rcm

[52] (25/09/2013)INFARMED,2007, "*Resumo das Características do Medicamento - Agiocur®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=160&tipo_doc=rcm

[53] (26/09/2013) INFARMED,2007, "*Resumo das Características do Medicamento - Laevolac®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=4874&tipo_doc=rcm

[54] (26/09/2013) INFARMED,2006, "*Resumo das Características do Medicamento - Forlax® 10g*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=35306&tipo_doc=rcm

[55] (26/09/2013) INFARMED,2013, "*Resumo das Características do Medicamento - Movicol®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=50451&tipo_doc=rcm

[56] (26/09/2013) INFARMED,2013, "*Resumo das Características do Medicamento - Pursennide®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=7287&tipo_doc=rcm

[57] (26/09/2013) INFARMED,2005, "*Resumo das Características do Medicamento - Bekunis® Chá 0*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=860&tipo_doc=rcm

[58] (26/09/2013) INFARMED,2005, "*Resumo das Características do Medicamento - Proton®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=46924&tipo_doc=rcm

[59] (26/09/2013) EMA, "*Resumo das Características do Medicamento - Pantoloc Control®*"

http://www.ema.europa.eu/docs/pt_PT/document_library/EPAR_Product_Information/human/001100/WC500038482.pdf

[60] (26/09/2013) INFARMED, 2011, "*Resumo das Características do Medicamento - Gaviscon®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=50312&tipo_doc=rcm

[61] Farmácia Distribuição - Revista Profissional de Farmácia, 2013, "O papel do farmacêutico - A epidemia digestiva e as suas soluções", Edição Hollyfar, Nº258, Lisboa

[62] (27/09/2013) INFARMED, 2007, "*Resumo das Características do Medicamento - Loperamida*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=41837&tipo_doc=rcm

[63] ANF – Associação Nacional de Farmácias, 2010, "*Folheto iSaúde – Diarreia e Vómitos na Criança*"

[64] ANF – Associação Nacional de Farmácias, 2010, "*Folheto iSaúde – Momentos Urgentes - Diarreia*"

[65] ANF – Associação Nacional de Farmácias, 2010, "*Folheto iSaúde – Destinos Internacionais - Viajar Com Saúde*"

[66] ANF – Associação Nacional de Farmácias, 2010, "*Folheto iSaúde – Prisão de Ventre*"

[67] (29/09/2013) Grupo Marktest, 18 Junho 2013, "*Estudo TGI - 2,6 milhões de portugueses acham-se com excesso de peso*"

<http://www.marktest.com/wap/a/n/id~1ba4.aspx>

[68] DIPIRO J.T. et al., 2011, "*Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*", Editora Mc Graw Hill, 8ª Edição, pp. 607-634, Estados Unidos da América

[69] GOTTSCHLICH, M., et al., 2001, "The Science and Practice of Nutrition Support- A Case-Based Core Curriculum", Editora American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, 1ª Edição, pp.517-519, Estados Unidos da América

[70] MAHAN, K., et al., 2004, " *Krause's Food, Nutrition, & Diet Therapy*", , Editora Saunders, 11ª Edição, pp.692-711, Estados Unidos da América

[71] (04/10/2013) World Gastroenterology Organisation "*World Gastroenterology Organisation Practice Guidelines: Constipation*"

http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/05_constipation.pdf

[72] HALLING, K., et al., 2008, "*An international comparison of the burden of illness in patients with dyspepsia*" Dig Dis 26: 264–273, Suécia

[73] WALKER, H.K., et al., 1990, "Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations", Editora Butterworths, 3ª Edição, Capítulo 88, E.U.A.

[74] (05/10/2013) CONNOR, B., "*Travellers' Diarrhea*", Centers for Disease Control and Prevention

<http://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2014/chapter-2-the-pre-travel-consultation/travelers-diarrhea>

[75] SCHILLER, LR., 1999, "Secretory diarrhea", Curr Gastroenterol Rep.,(5):389-97, E.U.A.

[76] (06/10/2013) POUCHAIN, D., et al., 2012, "*Gaviscon® vs. omeprazole in symptomatic treatment of moderate gastroesophageal reflux. a direct comparative randomised trial*", BMC Gastroenterol.; 12: 18, França

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298711/>

[77] HANAUER, SB., et al., 2007, "*Randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial of loperamide plus simethicone versus loperamide alone and simethicone alone in the treatment of acute diarrhea with gas-related abdominal discomfort*", Curr Med Res Opin.;23(5):1033-43, E.U.A.

[78] KATZUNG, B.G., et al., 2009, "*Basic and Clinical Pharmacology*", Editora Mc Graw Hill, 11ª Edição, pp.1079-1080, E.U.A.

[79] RANG, H.P., et al., 2008, "*Rang & Dale's Farmacologia*", Editora Churchill Livingstone Elsevier, 6ª Edição, pp.395-397, Reino Unido

[80] LONGO, D.L., 2012, "*Harrison's - Principles of Internal Medicine*", Editora McGraw-Hill, 18ª Edição, Volume I, pp.308-331, E.U.A.

[81] (18/10/2013) Sociedade Portuguesa de Gastreenterologia, 2012, "*Diarreia: avaliação e tratamento; normas de orientação clínica*"

http://www.spg.pt/wp-content/uploads/2013/02/noc_diarreia_revista3.pdf

[82] (26/10/2013) INFARMED, 2005, "*Resumo das Características do Medicamento - PANKREOFLAT®*"

http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=6624&tipo_doc=rcm

Anexos

Anexo I - Folheto Informativo de Obstipação

Fig.1 : Exterior do Folheto Informativo de Obstipação

Em Grávidas:

Há uma grande probabilidade de uma grávida ficar obstipada. Para evitar ou tratar essa situação deve:

- Melhorar a alimentação (ingestão de fibras de forma moderada);
- Beber muita água ou chás (camomila, cidreira, Lúcia-lima);
- Sopa, sumos naturais;
- Fazer exercício físico moderado.

Se não for suficiente o controlo alimentar, pode sempre recorrer a soluções com lactulose, xarope de maçã reineta, tudo o que seja inócuo para o bebé.

**Farmácia C****Para mais informações consulte:**

- A sua farmácia;

Ou consulte:

- www.spg.pt—Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia

Obstipação**Farmácia C****Farmácia C, a SUA Farmácia**

Fig.2 : Interior do Folheto Informativo de Obstipação

O que é Obstipação?

Problema de origem funcional que resulta do mau funcionamento intestinal.

A situação ideal seria realizar evacuações inferiores a três vezes por dia e superiores a três vezes por semana. Todavia estes números não servem como padrão da população em geral.

Existem várias situações de Obstipação:

- dificuldade em evacuar, se o indivíduo só defeca duas ou menos vezes por semana;
- esforço excessivo, desconforto na evacuação, ou passagem de fezes duras.

Pode ser provocado por:

- negligência em defecar quando existe vontade;
- falta de hábito regular de defecação;
- falta de ingestão de água;
- má dieta (falta de fibras, distúrbios hormonais, idade avançada, mudanças de ambiente, fármacos);
- uso abusivo de laxantes;
- possível intervenção cirúrgica;
- síndrome de cólon irritável.

Tratamento

Implementação de uma dieta equilibrada, e prática de exercício físico para estimular os músculos do intestino.

Terapêuticas:

Primariamente devem ser eliminados alimentos da alimentação diária:

- Açúcares (doces, bolos, biscoitos)
- Massas;
- Carnes vermelhas;
- Produtos lácteos;
- Ovos;
- Café;
- Refrigerantes.



Pode ser necessário recorrer a laxantes, caso o controlo na alimentação não seja suficiente e não esteja a ter resultados. Contudo, nunca devem ser tomados por períodos prolongados, pois podem tornar o intestino preguiçoso e agravar a prisão de ventre.

Reserve tempo para ir à casa de banho.

Alimentos Aconselhados

- Alimentos ricos em fibras e vegetais;
- Pão e cereais integrais;
- Sumos de fruta natural, laranja, tangerina, abacaxi, kiwi, maracujá (com sementes);
- Frutas maduras - laranja, pera, maçã reineta, ameixa, kiwi, figo;
- Hortaliças cruas ou cozidas;
- Leguminosas secas;
- Verduras;
- Frutos secos.



Muito Importante:

Consumir pelo menos 1,5L de água

